

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, FAMILY FACTORS, SMOKING
BEHAVIORS, AND DEPRESSION OF ADOLESCENT PSYCHIATRIC PATIENTS



Miss Jarinya Kaewsakulthong

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric

Nursing Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช วัยรุ่น

โดย

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

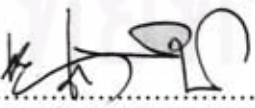
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ รัตนา เก่งการพานิช)

จริญญา แก้วสกุลทอง : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, FAMILY FACTORS, SMOKING BEHAVIORS, AND DEPRESSION OF ADOLESCENT PSYCHIATRIC PATIENTS.) อ.ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 151 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น 3) ตัวแปรพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มารับบริการในสถานและโรงพยาบาลจิตเวช กรุงเทพและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จำนวน 286 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดบุคลิกภาพ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ .84, .85, .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุ

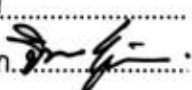
ผลการวิจัย พบว่า

1. ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่ามีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ร้อยละ 61.5 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค คือ Mood Disorders, Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Substance - Related Disorders, Schizophrenia, Conduct disorder, Mental retardation and Learning Disorders และโรคอื่นๆ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ ร้อยละ 78.72, 70.31, 67.64, 66.67, 61.54, 41.17 และ 35.71ตามลำดับ

2. ระดับการเสพติคินิโคติน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ บุคลิกลักษณะ Neuroticism และ ปัญหาด้านการเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .434, .369, .278, \text{ และ } .254$ ตามลำดับ) ในขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.216$) กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3. ตัวแปรที่พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความแปรปรวนของการพยากรณ์ ร้อยละ 29.5 ($R^2 = .295$) ดังสมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น}} = .500 \text{การเสพติคินิโคติน} + .202 \text{ปัญหาการเรียน} \\ + .195 \text{บุคลิกภาพ Neuroticism} + .141 \text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่}$$

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.. ลายมือชื่อนิสิต ศิริชญญา แก้วสกุลทอง.....
ปีการศึกษา.2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก. 

5177554636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SMOKING BEHAVIORS/ DEPRESSION/ ADOLESCENT PSYCHIATRIC PATIENTS

JARINYA KAEWSAKULTHONG: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, FAMILY FACTORS, SMOKING BEHAVIORS, AND DEPRESSION OF ADOLESCENT PSYCHIATRIC PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 151 pp.

The purposes of this descriptive research were: 1) to study the depression among adolescent psychiatric patients, 2) to study relationships between personal factors, family factors, smoking behaviors and depression, and, 3) to find out predicting factors for depression of adolescent psychiatric patients. Sample was 286 adolescent psychiatric patients. Research instruments were personal and family factor questionnaire, personality test, smoking behaviors questionnaire, and adolescent depression scale. All instruments were tested for content validity by a panel of experts. Their reliability were .84, .85, .92 and .87, respectively. Frequency, percentage, means, standard deviation, Pearson's Product Correlation and Multiple Regression were used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Depression was found 61.5 percent as co-morbidity among adolescent psychiatric patients. When classified in different diagnosis, depression was found 78.72, 70.31, 67.64, 66.67, 61.54, 41.17, and 35.71 percent as co-morbidity among adolescent with Mood Disorders, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Substance-Related Disorders, Schizophrenia, Conduct disorder, Mental retardation and Learning Disorders, and Other Disorders, respectively.)

2. Nicotine dependence level, period of smoking, neuroticism personality and learning problems were positively and significantly related to depression (r = .434, .369, .278, and .254, respectively), while family relationships was negatively and significantly related to depression of adolescent psychiatric patients (r = -.216), at the .05 level.

3. Nicotine dependence level, period of smoking, neuroticism personality and learning problems were factors significantly predicted depression of adolescent psychiatric patients, at the .05 level. These predictors were accounted for 29.5 percent. (R² = .295)

The Standardized Score equation was:

$$Z_{\text{Depression}} = .500_{\text{Nicotine dependence}} + .202_{\text{Study problems}} + .195_{\text{Neuroticism}} + .141_{\text{Period of smoking}}$$

Field of Study:.....Mental Health and Psychiatric Nursing.... Student's Signature: Jarinya Kaewsakulthong
Academic Year:....2009..... Advisor's Signature: Jintana Yunibhand

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจ เป็นแรงกระตุ้นในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และรองศาสตราจารย์ ธีรชาติ เก่งการพานิช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสาท ความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารเพื่อดำเนินการวิจัยและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโย ปถัมภ์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวมถึงคณะแพทย์ พยาบาล คุณสุภาวดี ชุ่มจิตต์ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่เป็นพี่ปรึกษาและเจ้าหน้าที่ ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณทางศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ที่ได้สนับสนุน ทุนวิทยานิพนธ์จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัวแก้วสกุลทอง และครอบครัวเพชรเกตุ ที่ คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ท้อถอย และมีพลังในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคทุกอย่างจนสำเร็จ รวมถึงญาติพี่น้อง และ เพื่อนๆ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่าน สำหรับการช่วยเหลือ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ และเป็นกำลังใจที่ดีมาตลอด

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช วัยรุ่นและครอบครัว ขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจแข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	16
1.1 ความหมายและการจำแนกโรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	16
1.2 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับครอบครัว.....	21
1.3 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับการเรียน.....	23
1.4 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับสังคม.....	25
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	27
2.1 ความหมายและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	27
2.2 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	33
2.3 การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	34
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า.....	37
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.1	43
4.2	47
4.3	50
5.	54
6.	57
บทที่ 3	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	68
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4	72
บทที่ 5	88
สรุปผลการวิจัย	91
อภิปรายผลการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ	101
รายการอ้างอิง	103
ภาคผนวก	115
ภาคผนวก ก	116
ภาคผนวก ข	118
ภาคผนวก ค	130
ภาคผนวก ง	142
ภาคผนวก จ	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	151

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง.....	61
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา..	74
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-IV.....	75
4	จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า.....	76
5	จำนวนและร้อยละของบุคลิกลักษณะ แยกตามกลุ่มบุคลิกภาพ.....	76
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาด้านการเรียน.....	77
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการทดลอง/ใช้สารเสพติดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่).....	77
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้/ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	78
9	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ ความตั้งใจในการเลิกสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน.....	79
10	ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของบุคลิก ลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของ ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการเสพติด นิโคติน และภาวะซึมเศร้า.....	80
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	82
12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรม การสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนค่า สัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์ในรูปคะแนน (b) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) ในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....	84
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์ กับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น.....	85
15	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญ b.....	86

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรมสุขภาพจิตระบุนักเรียนไทยมีปัญหาด้านจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ในหนึ่งปี และจากสถิติการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549 พบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น ร้อยละ 9.35 ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2551) สอดคล้องกับผลการรายงานในอเมริกาพบว่า ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กและวัยรุ่นจะเกิดปัญหาจากภาวะซึมเศร้าที่เวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต การศึกษาสถิติการให้บริการในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2549 พบเด็กและเยาวชนกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 45.9 มีผู้มารับบริการ 8,967 คน มากกว่าปี พ.ศ. 2548 ที่มี 6,148 คน แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่ายังมีผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้ารับการรักษามากและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่หากเข้ารับการรักษาก็จะมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 58.88 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และเชื่อว่ามีเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาอีกมากที่ยังไม่ได้มารับการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นปี พ.ศ. 2548 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าวัยรุ่นอายุระหว่าง 12-18 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในระดับผิดปกติที่ต้องพบจิตแพทย์จำนวน 794,983 คน (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2551) โดยเป็นโรคทางจิตเวชได้แก่ พฤติกรรมต่อต้านทำลาย (Disruptive behavior disorder) พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide behavior) โรคที่เกิดจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาท (Psychoactive Substance Use Disorders) และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Depressed in Adolescence) (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะร่วมของโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นอันดับหนึ่ง (Nrugham et al., 2008)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่สามารถพบได้ในระยะเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 33-86 ของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกลุ่มโรค Anxiety disorders นอกจากนี้ยังมีโรค Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Conduct Disorders และ Oppositional Defiant Disorder เกิดร่วม

ร้อยละ 57, 45 และ 42 ตามลำดับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและอายุของวัยรุ่น และยังพบวัยรุ่นกว่าร้อยละ 90 ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมีอาการของ depression อยู่ด้วย (Angold and Costello, 1992) สำหรับภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะจิตใจผิดปกติมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ เกิดความเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Smith and Shimp, 2000) เมื่อความรุนแรงของโรคมารุนแรงขึ้น ทำให้ยากต่อการรักษา (Greden, 2001) ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพ (AACAP, 1998) กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชในที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกส่งผลกระทบต่อประชากรทุกภูมิภาคของโลกในอนาคต โดยหากวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years live with disability, YLD) ปรากฏว่าโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงโรคที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ.1990 เป็นอันดับที่ 1 ในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2004) และจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพะสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะโรคทางกลุ่มสุขภาพจิตและจิตเวช (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังไม่มีทฤษฎีใดบอกไว้ชัดเจน แต่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories) ทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral Theories) และทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยต่างๆร่วมกัน (O'Brien, Kenedy and Ballard, 2007) โดยทฤษฎีทางชีวภาพจะกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับสมดุลของสารชีวเคมีต่างๆในสมอง เช่น Acetylcholine, Serotonin, Dopamine และ Norepineprine รวมถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในขณะที่ทฤษฎีทางจิตสังคมอธิบายถึงประวัติทางจิตของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และทฤษฎีทางพฤติกรรม ก็เน้นที่การแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อแรงกดดันต่างๆ ซึ่งจากการสังเคราะห์ทฤษฎี และศึกษาแนวคิดของ Melvin (2002) รวมถึงการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในจิตเวชวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ (Melvin, 2002) ปัญหาด้านการเรียน (พนม เกตุมาน และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) เจ็บป่วยทางจิตเวช (ภาณุ คุณุฒยากร, 2551) ประวัติการใช้สารเสพติด (Burcusa and Iacono, 2007) และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Corruble et al., 2006) มีอาการกลุ่มโรควิตกกังวล (Riala et al., 2007) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษาของบิดามารดา

(Riala et al., 2007) เศรษฐฐานะของครอบครัว (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว (เสาวลักษณ์ ลังการ์พินธ์, 2546) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment variables) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ตัวผู้ดูแลและสังคมแวดล้อม (Melvin, 2002)

ปัญหาที่เป็นพฤติกรรมร่วมและส่งผลถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นคือ พฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะติดยาหรือเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง มีรหัส ICD-10 คือ F-17 และได้ยืนยันว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญอันดับสอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่สำคัญอันดับสี่ของโลก (องค์การอนามัยโลก, 2551) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน (Nana, Fagerstrom และ Sittipunt, 2008) ภาวะติดยาหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งทางตรงและทางอ้อมคือ ทางตรงสามารถอธิบายทางชีววิทยาได้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้การสร้าง 5-hydroxyindole acetic (5-HIAA) ซึ่งอยู่ใน cerebrospinal fluid (CSF) ลดลง ส่งผลให้ลดการสร้างและหลั่งสารสื่อประสาทชนิด serotonin และ/หรือ dopamine ในสมอง ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Riala et al., 2007) และจากการติดนิโคตินในบุหรี่ซึ่งมีฤทธิ์เสพติด เทียบเท่าเฮโรอีนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า เช่น กัญชา เฮโรอีน โคเคน (บุษบา สงวนประสิทธิ์, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย และอรนุช ภาชีน, 2549) และยังพบว่าโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเภท มีอุบัติการณ์การสูบบุหรี่สูงสุดถึงร้อยละ 70-90 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเป็นผู้สูบน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน และติดนิโคตินในระดับมาก ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตเร็วขึ้น และพบการศึกษาที่น่าสนใจ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่สูบบุหรี่มักจะมีอาการแสดงของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นในขณะที่พยายามเลิกบุหรี่ ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามีโอกาสสูงที่จะหวนกลับไปสูบบุหรี่ และจะเพิ่มอัตราการกำเริบของโรคอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association, 2006) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์กันอย่างแน่นชัดว่าผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ติดนิโคตินจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5-4.3 เท่า (Miller et al., 2000) และอัตราการฆ่าตัวตายนี้จะสูงขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มผู้ป่วย Bipolar Disorder สำหรับปัญหาการสูบบุหรี่เป็นโรคร่วม (co-morbidity) ที่พบได้สูงมากในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เพราะสารนิโคตินอาจเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาตนเอง (self-medication) ที่มีผลต่อสมองของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล ซึ่งในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เรื้อรังกลับเพิ่มความวิตกกังวลในผู้ป่วยให้มากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552)

จากการศึกษาทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้พบความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking behaviors) ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ

45-80 และเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเพราะมีผลต่ออาการและการรักษาของโรคทางจิตเวช (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแยกพฤติกรรมสูบบุหรี่ออกจากปัจจัยส่วนบุคคล และพิจารณาให้นำน้ำหนักความสำคัญในการศึกษา เทียบเท่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่สามารถให้การรักษาและป้องกันได้ (AACAP, 1998) โดยประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วย สามารถรักษาได้ด้วยยาต้านเศร้า ร่วมกับจิตบำบัด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) แต่ปัญหาและอุปสรรคของระบบการให้การพยาบาล เพื่อดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มักประสบกับความสะดวกของคู่มือการปฏิบัติงาน การมีพยาบาลผู้ชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวนน้อย และภาระงานที่หนักถึงหนักมาก เนื่องจากภาวะขาดแคลนกำลังคน ประกอบกับการใช้บริการของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น (ดวงเดือน ไชยน้อย, 2544) ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นปัญหาที่พบเสมอในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คือ ผู้ป่วยและครอบครัวมักขาดแรงจูงใจหรือขาดความมั่นใจที่จะมารับการรักษาทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง การมาพบจิตแพทย์ก็ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองป่วย เป็นปมด้อย กลัวเพื่อนล้อเลียน สูญเสียความมั่นใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง การที่บิดามารดาพามาพบจิตแพทย์เป็นการสร้างความรู้สึกถูกบังคับ และแสดงออกด้วยการต่อต้านการรักษา (พนม เกตุมาน และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) อีกทั้งภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกละเลยไม่ได้รับการประเมิน คัดกรอง และให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่สามารถพบได้ในช่วงเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคทางจิตเวช แพทย์ที่ทำการรักษาและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก็ให้ความสำคัญกับโรคหลักมากกว่าอาการซึมเศร้าที่เป็นภาวะร่วมของโรคทางจิตเวช จนท้ายที่สุดผู้ป่วยอาจมีอาการของโรครุนแรงขึ้น เกิดเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง บางรายอาจจบการรักษาหรือไม่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลร้ายแรงที่สุดของภาวะซึมเศร้า โดยในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชทั้งหมดถึง ร้อยละ 5 (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2551)

จากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทย พบมีการศึกษาสภาพทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรค

จิตเภทเรื้อรัง ซึ่งไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้รับบริการ ให้การดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นพ้นหายจากภาวะซึมเศร้า จึงต้องทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในจิตเวชวัยรุ่น เพื่อให้เข้าใจปัญหาและให้การพยาบาลได้เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความเข้าใจในบทบาทของวัยรุ่นสามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขจัดความคิดด้านลบให้การบำบัดโดยสอนทักษะการจัดการปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Garber and Little, 2001) เน้นถึงการส่งเสริมสัมพันธภาพและความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว ให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา และมีบทบาทของผู้ให้การบำบัดครอบครัวครอบคลุมทั้งด้านสังคมและจิตใจ (เสาวลักษณ์ ลังการพันธ์, 2546)

จากแนวโน้มภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ทวีความรุนแรงขึ้น ประกอบกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ส่งผลถึงการลดประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (Keizer et al., 2009) ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรตามแนวคิดของ Melvin (2002) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งแยกมาจากปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อหาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ ตามแนวคิดของ Melvin (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นและในวัยรุ่น ประกอบด้วยตัวแปร 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ปัจจัยด้านครอบครัว (family variables) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment variables)

โดยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ซึ่งหากดูในรายละเอียดพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ Melvin (2002) กล่าวถึง ด้านวัตถุ สถานที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ตัวบุคคล หรือแม้แต่ผู้ดูแลและสังคมแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ต้องพัฒนาเชิงโครงสร้างในระดับนโยบาย มิใช่เพียงจัดกระทำในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่จะต้องครอบคลุมถึงครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และใช้ความร่วมมือของสหวิชาชีพจึงจะได้ผลและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัวเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สามารถจัดกระทำเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และจากการศึกษาทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้พบความชุกของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ (smoking behaviors) ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 45-80 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเพราะมีผลต่ออาการและการรักษาของโรคทางจิตเวช (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแยกพฤติกรรมสูบบุหรี่ออกจากปัจจัยส่วนบุคคล และพิจารณาให้นำหนักความสำคัญในการศึกษาเทียบเท่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว

จากผลการศึกษาของ ธีชญชนก จิงา (2546) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างที่เริ่มป่วยทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี พบความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินในระดับสูง จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ ดังการ์พินท์ (2546) ในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวระบบย่อยมีบางลักษณะความสัมพันธ์ที่มีปัญหาและควรได้รับการช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้บางครอบครัวที่มองปัญหาสาเหตุไม่เหมือนกันก็อาจมีวิธีการแก้ไขปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสม และผลการศึกษาของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ที่ได้ทำการศึกษาการนำแนวคิดการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช พบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชถึงร้อยละ 80 และเป็นปัญหาต่อการรักษา และการพยากรณ์โรคแย่งลง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรเข้ามาศึกษาโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน รวมทั้งหมด 10 ตัวแปร ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ 2 แบบที่สอดคล้องกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้และมีความเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัยที่ใช้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) บุคลิกลักษณะ หรือบุคลิกภาพ 2 แบบ คือ บุคลิกภาพอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) หรือบุคลิกภาพยึดตนเองเป็นใหญ่ (Psychoticism) ที่สอดคล้องกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นคุณสมบัติของบุคคลซึ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมและทำให้บุคคลเกิดความแตกต่างกันไป โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และความสามารถในการรู้ตัวเอง (Self-Awareness) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีบุคลิกภาพอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) หรือยึดตนเองเป็นใหญ่ (Psychoticism) จะเป็นปัจจัยนำสู่พัฒนาการด้านจิตใจที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคทางจิตเวชทั่วไป (Rutter and Taylor, 2000) จากการศึกษาของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นต้องปรับปรุงบุคลิกลักษณะของตนเองให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมอย่างยากลำบาก จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีการรับรู้และประเมินตนเองเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง และรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะของตนเองทางด้านลบมีปัญหาในการแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จนท้ายที่สุดก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2) ปัญหาด้านการเรียน ในกลุ่มวัยรุ่นสิ่งที่สำคัญและบ่งบอกการมีปัญหาสภาพจิตอย่างหนึ่ง คือ ประวัติเกี่ยวกับโรงเรียนและการเรียนของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะพบปัญหาเกี่ยวกับการเรียนของวัยรุ่น 5 ประการ ได้แก่ ความชอบในโรงเรียน มีปัญหาเรื่องการเรียน มีปัญหากับครู มีปัญหากับเพื่อน และไม่สามารถร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้อย่างสนุกมีความสุข ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งก็ส่งผลต่อการเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรม ทำให้มีความวิตกกังวล เกิดความเครียด และปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) ซึ่งหากเกิดเป็นเวลานานติดต่อกันก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไม่อยากไปเรียน และเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง จนทำให้อาการของโรคทางจิตเวชรุนแรงขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

3) การใช้สารเสพติด เป็นทั้งปัจจัยนำและปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย โดยในช่วงเวลาหนึ่งของการรักษามักจะพบอาการซึมเศร้าได้ (Kjelsberg, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cornelius (1995) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงพบได้มากที่สุดเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา และการศึกษาของเอ็อมเดือน เนตรแซม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุรา ร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ชัดเจนนัก แต่พบว่าร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยอาจมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้เกี่ยวกับสุราหรือ Alcohol dependence และอีก 2 ชนิดที่พบบ่อย คือ กัญชา ประมาณร้อยละ 15-20 และโคเคนร้อยละ 5-10 ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีการพยากรณ์โรคค่อนข้างแย่ง

4) สถานภาพสมรส การรับรู้สถานภาพสมรสของบิดา มารดาของวัยรุ่นมีผลต่อความมั่นคงด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต สถานะสมรสเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น (Hanucharumkul, 1989) และจากงานวิจัยของ Asetline (1996) พบว่าการหย่าร้างของพ่อแม่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ทาง คือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิบัติต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีปฏิบัติต่อความเครียดรุนแรงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

5) เศรษฐฐานะของครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากโรคทางจิตเวช ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวผู้ป่วยต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัว และค่ารักษาอื่นๆ ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนแต่เดิม จึงทำให้ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญของครอบครัว (จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2539) ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะของจิตใจ ทำให้อาการของโรคดีขึ้น และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดภาวะร่วมจากภาวะซึมเศร้าได้ (จำนรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537)

6) ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นลักษณะความใกล้ชิดหรือการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเจ็บป่วยทางจิต เป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวมีความคับข้องใจ ส่งผลให้สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้ไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวยังเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และถูกละเลย ทอดทิ้งจากบิดา มารดา จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าวร่วมได้

7) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า Whitbeck และคณะ (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุที่เริ่มต้นพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นกับอาการซึมเศร้า พบว่า อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ น้อยมีระยะเวลาการสูบบุหรือนานขึ้นก็จะพบภาวะซึมเศร้าวร่วมได้มากขึ้น Smith และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตในระยะเริ่มแรก และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนที่จะมีอาการทางจิต และพฤติกรรมการสูบบุหรี่นี้มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคทางจิตเวช

8) ลักษณะการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ Makikyro และคณะ (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในประเทศฟินแลนด์ พบว่า ลักษณะการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น สามารถพบได้ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่แล้วติดจนขาดไม่ได้ต้องสูบเป็นประจำ และกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่สูบเป็นครั้งคราวอาจจะติดหรือไม่ติดก็ได้ โดยผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การสูบบุหรี่มาก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสูบอย่างต่อเนื่อง

ขณะเจ็บป่วย ส่งผลให้การดำเนินของอาการทางจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะร่วมที่เป็นปัญหาสำคัญรุนแรงขึ้น (จอมภาค คลังระหัด, ชนนิการต์ บุญนาค และลลิตา เรื่องวิไลเวทย์, 2549)

9) ระดับการเสพติดนิโคติน เป็นสิ่งที่บอกได้ถึงระดับนิโคตินที่ร่างกายรับจากการสูบบุหรี่ ซึ่งในทางชีววิทยามีการกล่าวถึงระดับนิโคตินที่ส่งผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาทซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนพบ ธีญชนก จิงา (2546) ได้ศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี พบความชุกของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 โดยมีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาเป็นการเสพติดนิโคตินในระดับสูง อีกทั้งในกลุ่มนี้ยังพบมีอาการซึมเศร้าแฝงอยู่มากกว่าครึ่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีหลายสาเหตุ ซึ่งจากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคตินมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชตาม Diagnostic and statistical manual of mental

disorders. 4th Edition (DSM-IV) ที่เข้ารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน
สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สาร
เสพติด

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ใน
ครอบครัว

พฤติกรรมกาสูบหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับ
การเสพติดนิโคติน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ลักษณะอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่า
เป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่รุนแรงเป็นความผิดปกติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย
จิตเวชวัยรุ่น โดยมีการแสดงอารมณ์เศร้าผิดปกติ มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำ
อะไร หดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและ
อนาคตในด้านลบ คิดว่าตนเองไร้ค่ามีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง แยกตัวจากสังคม และ
พฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านั้นทำให้มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างออกไป ตามระดับความ
รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของ Center for
Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) (คูมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์
และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) สำหรับการหาความสัมพันธ์ และปัจจัยพยากรณ์ในงานวิจัยนี้จะ
พิจารณาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะใช้จุดตัดที่คะแนนรวมสูง
กว่า 22 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามาก คะแนนน้อยแสดงถึง
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อย

2. **ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น** หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 11-20 ปีที่ได้รับการวินิจฉัย
จากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual

of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) ซึ่งเข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวช เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะปัญหาเฉพาะของแต่ละบุคคลที่แสดงออกอย่างเป็นเอกลักษณ์ และส่งผลถึงการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งสามารถจัดกระทำในการให้การพยาบาลทางจิตเวชได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ปัจจัย ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด

3.1 บุคลิกลักษณะ หมายถึง นิสัยและรูปแบบของความคิด ความรู้สึกที่แสดงออกมาเป็นแบบแผนพฤติกรรม 3 กลุ่มลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยมีบุคลิกภาพอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) และบุคลิกภาพยึดตนเองเป็นใหญ่ (Psychoticism) เป็นบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคทางจิตเวชทั่วไป และในการวิจัยนี้สามารถวัดได้จากแบบวัดบุคลิกภาพ ของ นภาพร ลัดโนทัย (2551)

3.2 ปัญหาด้านการเรียน หมายถึง ความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้านการเรียนของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ประกอบด้วย ไม่ชอบโรงเรียน ผลการเรียนตกต่ำ มีสัมพันธภาพไม่ดีกับครู/กลุ่มเพื่อน และมีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน ซึ่งให้จำนวนด้านที่มีปัญหาบอกระดับการมีปัญหาด้านการเรียนของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ถ้าจำนวนด้านที่มีปัญหามากแสดงถึงความรุนแรงของการมีปัญหาด้านการเรียนมาก

3.3 การใช้สารเสพติด หมายถึง ภาวะการการทดลองหรือใช้สุรา ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย รวมถึงพืช หรือส่วนประกอบของพืชที่เป็นผลผลิตเป็นสารเสพติดให้โทษ สารเสพติดมีตัวอย่าง เช่น แอลกอฮอล์ กัญชา เฮโรอีน โคเคน ยาบ้า ยาเลิฟ การดมกาว และสารระเหยอื่นๆ พืชกระท่อม ฯลฯ โดยไม่รวมถึงบุหรี่ ซึ่งนับตั้งแต่อ่อนการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งลักษณะเป็น ไม่ใช้ และใช้

4. ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง องค์ประกอบที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และส่งผลถึงการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งสามารถจัดกระทำในการให้การพยาบาลทางจิตเวชได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

4.1 สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ ระบบการอยู่ร่วมกันในการแสดงบทบาทของบิดา มารดาต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ

สถานภาพสมรส คือ ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสมั่นคง (สมรส/อยู่ด้วยกัน) และครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสไม่มั่นคง (หย่า/แยกกันอยู่, บิดาหรือมารดาเสียชีวิต, และเสียชีวิตทั้งคู่)

4.2 เศรษฐฐานะ หมายถึง รายได้ทั้งหมดของครอบครัวซึ่งได้มาจากบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ได้รับต่อเดือน หรือรายได้ของฝ่ายหนึ่งในกรณีที่อีกฝ่ายหนึ่งไม่มีรายได้ แบ่งระดับรายได้ต่อเดือนเป็น น้อยกว่า 5,000 บาท, 5,001-10,000 บาท, 10,001-20,000 บาท, 20,001-30,000 บาท และ 30,001 บาทขึ้นไป

4.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างบิดา-มารดา บิดา-ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มารดา-ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น บิดา-มารดา-ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ประกอบด้วยพฤติกรรมลักษณะ 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัย การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว โดยนับตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจนถึงปัจจุบัน วัดโดยแบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว

5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่ในงานวิจัยนี้หมายถึง ยาสูบที่สูบ รวมทุกประเภท ได้แก่ บุหรี่ซองที่ผลิตจากโรงงานทั้งในและต่างประเทศ ยาสูบบวนเองทุกชนิด ซิการ์ ไปป์ ซิโย ฯลฯ และเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ทราบถึงระยะเวลาสูบ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน

5.1 ระยะเวลาสูบบุหรี่ หมายถึง อายุเมื่อเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกหรือการเริ่มพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำหรือครั้งคราวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยนับตั้งแต่มก่อนการเจ็บป่วยทางจิตเวชจนถึงปัจจุบัน

5.2 ลักษณะการสูบ หมายถึง ความถี่ในการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยแบ่งเป็น สูบเป็นประจำทุกวัน สูบเป็นครั้งคราว ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

5.3 ระดับการเสพติดนิโคติน หมายถึง การติดสารเสพติดชนิดนิโคติน (Nicotine) ที่อยู่ในบุหรี่ โดยเป็นการติดทางอารมณ์และจิตใจในผลของนิโคติน ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมลักษณะการสูบ ได้แก่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบ การสูบบวนแรกหลังตื่นนอน ความรู้สึกที่เกิดหากไม่ได้สูบเป็นระยะเวลานาน และความถี่ของการสูบบุหรี่เมื่อป่วยต้องนอนบนเตียงเกือบ

ตลอดเวลา ในการวิจัยนี้วัดโดยแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในเด็กและวัยรุ่น
Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม
2. นำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาออกแบบแผนการบำบัดทางการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าระวัง และดูแลภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายและการจำแนกโรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 1.2 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับครอบครัว
 - 1.3 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับการเรียน
 - 1.4 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับสังคม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมายและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 2.2 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 2.3 การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว
 - 4.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมกรสุบบุหรี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากรองจากผู้ป่วยจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาหลากหลายและรุนแรง เพราะกำลังอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.1 ความหมายและการจำแนกโรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นวัยต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 13-20 ปี เป็นวัยของการเตรียมตัวก้าวสู่ความเป็นตัวของตัวเอง ความรับผิดชอบ พื้นฐานของบุคลิกภาพ ตลอดจนการศึกษา การงานและการมีคู่ครองต่อไป วัยรุ่นเริ่มตั้งแต่เด็กผ่านวัยพิวเบอร์ตี (puberty) และสิ้นสุดลงเมื่อมีความสามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางวัฒนธรรมประเพณีและสังคมที่อาศัย (จันรรจจา บำเหน็จพันธ์ุ, 2537)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) อธิบายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในวัยรุ่น มีอายุ 13-19 ปี ว่ามีลักษณะการเปลี่ยนแปลงมากทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีวุฒิภาวะทางร่างกายเทียบเท่ากับผู้ใหญ่ แต่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว ต้องการความเป็นอิสระสูง อยากเด่น อยากดัง อยากทดลองสิ่งต่างๆ และมีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป

จากการให้ความหมายวัยรุ่นของ ดวงใจ กสานติกุล (2542) สามารถพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นตามช่วงวัยได้โดยการเปลี่ยนแปลงอายุ เป็น 3 ระยะ คือ

วัยรุ่นตอนต้น หรือ pubertal phase เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากซึ่งเป็นช่วงเวลายาวนานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 11-13 ปี มีความคิดหมกมุ่นกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้มีอารมณ์แปรปรวน

วัยรุ่นตอนกลาง หรือ transitional phase อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้ง (abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์ และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

วัยรุ่นตอนปลาย หรือ adolescent proper อายุ 17-20 ปี เริ่มจากมี puberty ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการฝึกวิชาชีพตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม และการมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) ลักษณะดังกล่าวอาจคาบเกี่ยวกันได้ในแต่ละช่วง

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นแต่ละช่วงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยรวมทั้งทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

รวมทั้งอารมณ์ และสังคม สถิติปัญญาและคุณธรรม ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในการศึกษาคั้งนี้จึงเป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV)

การจำแนกโรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งจะเป็นช่วงที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากที่สุด เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย หรือเกิดจากปัญหาในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางด้านชีวภาพ การบรรลุวุฒิภาวะทางเพศ จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา วัยรุ่นที่มีพัฒนาการไม่เหมาะสมหรือไม่พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรมและปัญหาการปรับตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตยังไม่ถึงขั้นเจ็บป่วยเป็นโรค หรืออาจเกิดพยาธิสภาพร้ายแรงขึ้นในจิตใจ การจะตัดสินใจว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตหรือเกิดโรคทางจิตเวช ต้องอาศัยหลักเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งได้จำแนกโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น (Katherine and Patricia, 2003) ไว้ดังนี้

- 1) Anxiety and Related Disorder
- 2) Psychoactive Substance Use Disorder
- 3) Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
- 4) Mood Disorder
- 5) Cognitive Disorders: Delirium, Dementia, and Amnesic Disorders
- 6) Substance-Related Disorders
- 7) Sexual and Gender Identity Disorders
- 8) Adjustment Disorder
- 9) Eating Disorders
- 10) Personality Disorder

อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย (2549) อธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คือ พฤติกรรมต่อต้านทำลาย (Disruptive behavior disorder) มี 2 ลักษณะ คือ Conduct disorder และ Oppositional defiant disorders พฤติกรรมต่อต้านสังคม

(Antisocial behavior) ซึ่งถือเป็นความบกพร่องของบุคลิกภาพ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide) และสุดท้ายเป็นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Depressed in Adolescence)

วันเพ็ญ บุญประกอบ (2538) ได้กล่าวถึงปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งต้องการการรักษาที่พบได้บ่อย ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders or Affective Disorders) คือภาวะที่มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นสำคัญ และมีอาการเศร้าอย่างมาก หรือมีอาการอื่นที่รุนแรงผิดปกติร่วมกับอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าและโรคแมเนีย โดยไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางกายทางสมอง หรือพิษจากยาเป็นสาเหตุ โดยโรคอารมณ์แปรปรวนแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ Depressive disorders และ Bipolar disorders

1.1) Depressive disorders พบได้ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่น การวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกับ criteria ในผู้ใหญ่ แต่มีอาการแตกต่างกันบ้าง อาการของผู้ป่วยจะมีลักษณะซึมเศร้าอย่างเดียว ซึ่งอาจเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้ง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ Major Depression และ Dysthymia

สำหรับอาการ Depressive disorders ในวัยรุ่นคล้ายคลึงกับอาการในผู้ใหญ่มากขึ้น แต่มีข้อแตกต่างออกไปและเป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยในวัยรุ่น หรือจะเริ่มพบมากขึ้นในวัยประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งอาการ depression ในวัยรุ่นกลุ่มนี้ ได้แก่ Separation anxiety อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ (acute depression) ในเด็กที่ไม่ยอมไปโรงเรียน ปัญหาพฤติกรรม (Antisocial) ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าว ดื้อดึง ไม่เชื่อฟัง ชอบทะเลาะ แสดงกิริยาอาละวาด บางรายที่มีอารมณ์เศร้า มีพฤติกรรมลักขโมยหรือรังแกสัตว์ ทำลายข้าวของ ซึ่งต้องแยกจากพวก conduct disorder ซึ่งเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่เป็นมานาน หรือบางรายอาจมีการเรียนตกต่ำลง ไม่เอาใจใส่การเรียนเนื่องมาจากสมาธิเสีย มีอารมณ์เบื่อหน่าย เฉยเมย ไม่อยากทำอะไร ไม่รู้สึกสนุก หรือมีอาการ Hypochondriacal ideas อาการอึดอัด แน่น เจ็บหน้าอก การที่วัยรุ่นมีอาการทาง somatic และคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก บางรายมีพฤติกรรมหนีออกจากบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการที่ไม่มีความสุขในครอบครัว และมีรายงานว่าในวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า จะพบมี Hallucination ได้มาก

1.2) Bipolar Disorders เป็นโรคที่มีลักษณะแมเนีย (mania) เกิดขึ้นครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ ผู้ป่วยอาจแสดงอาการทั้ง Depression และ mania สลับกันอย่างรวดเร็วทุก 2-3 วัน หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัด ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในอายุระหว่าง 20-30 ปี แต่การ

เริ่มต้นของโรคส่วนมากจะเกิดขึ้นในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะพบได้น้อยมากในวัยก่อนวัยรุ่นแต่เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจะพบมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นการพบเช่นเดียวกับ depression และ suicide อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายเท่าๆ กัน

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวน เกิดจากมีความผิดปกติของ Monoamine metabolism ในระบบประสาทสมองส่วนกลาง โดยเฉพาะในระยะ mania จะพบมี functional excess ของ norepinephrin และ/หรือ serotonin และยังพบว่าภาวะเครียดก็เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นง่ายขึ้น หรือเป็นเหตุให้เกิดอาการขึ้น

2) การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide and Attempted Suicide or Suicidal Behavior) การฆ่าตัวตายในเด็กอายุ 10-14 ปี พบน้อยมาก แต่จะพบได้สูงขึ้นในช่วงอายุ 15-19 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่าอายุระหว่างนี้การฆ่าตัวตายพบเป็นอันดับหนึ่งของสาเหตุการตาย และที่ผ่านมามีการฆ่าตัวตายมีอัตราสูงเพิ่มขึ้นกว่าเดิม 2-5 เท่าตัว การพยายามฆ่าตัวตายหรือแสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหญิงจะสูงกว่าวัยรุ่นชาย แต่การฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง

วัยรุ่นในกลุ่มที่มีการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามี Depression ได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นลักษณะเฉียบพลันหรือเป็นปฏิกิริยาต่อความเครียด ความยุ่งเหยิงขณะนั้น แต่อาจจะพบเป็นลักษณะ depression ที่เป็นมานานแล้วก็ได้ นอกจากนี้วัยรุ่นมักพบมีปัญหาพฤติกรรม เช่น conduct disorder, antisocial, drug and alcohol abuse ได้เสมอๆ และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นนั้น คือ สภาพจิตใจที่เด็กและวัยรุ่นรู้สึกหมดหวังว่าเหว่ ความรู้สึกอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดที่พึ่งพาไม่มีคนช่วยเหลือ โกรธกับเพื่อนสนิท หรือสูญเสียคนรัก ก่อนหน้าจะกระทำการฆ่าตัวตาย บางครั้งพบว่าในช่วงเวลานั้นวัยรุ่นไม่รู้ว่าจะหันหน้าไปปรึกษาหารือกับใคร

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหานี้ มักพบว่ามีปัญหาในการคบเพื่อน ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลได้ และมีปัญหาการเข้าสังคม ซึ่งวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีสาเหตุจากอารมณ์ชั่ววูบ (Impulsivity) และประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจจะตาย แต่กระทำเพื่อข่มขู่ (threatened suicide) เพื่อเป็นการบังคับผู้อื่นหรือเรียกร้องความสนใจ เพื่อให้คนมารักหรือเป็นการแสดงความโกรธ ต้องการลงโทษคนที่ตัวเองรัก และบางครั้งกระทำเพื่อหนีสถานการณ์ที่ตนไม่ชอบหรือไม่สามารถทนทานได้

3) ภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ (Adjustment Disorders) การปรับตัวผิดปกติหรือมีชื่อเรียกอื่นๆ เช่น Reactive disorder และ Transient Situational Disorder DSM-IV (2000) ให้คำอธิบาย Adjustment Disorder ว่าเป็นปฏิกิริยาการปรับตัวที่ผิดปกติ (maladaptive reaction) ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการเกิดความเครียดหรือความกดดันต่อสภาพจิตใจและสังคม (Psychosocial stress) และสาเหตุของความเครียดนั้นเป็นลักษณะเกิดขึ้นๆ หรือเป็นต่อเนื่องก็ได้ สาเหตุอาจเป็นเพียงเล็กน้อยหรือเป็นขั้นรุนแรงและเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สบาย เมื่ออาการเป็นมากพอจนทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อการเรียน การงาน การมีกิจกรรมในสังคม หรือรบกวนต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และปฏิกิริยาพวกนี้จะทุเลาลงมากหรือหายภายในระยะเวลา 6 เดือน ที่สำคัญ คือ อาการเหล่านี้ไม่ใช่อาการที่เกิดขึ้นจากอาการกำเริบขึ้นมาของโรคอื่นๆ ทางจิตเวช และไม่ใช่ลักษณะที่เป็นกิริยาเรื้อรังมานานต่อความเครียดนั้นๆ

อาการของภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติในเด็กและวัยรุ่น จะแสดงอาการร่วมกันหลายอย่าง ได้แก่ Adjustment Disorder with anxious mood อาการที่สำคัญ คือ วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว หรือมีอาการไม่สบายทางร่างกาย เช่น ปัสสาวะบ่อย ใจสั่น นอนไม่หลับ ผื่น ร้าย สมาธิไม่ดี ซึ่งสาเหตุเป็นจากความเครียดและเหตุการณ์ภายนอกมากกว่าเป็นที่ตัวเด็กหรือวัยรุ่นเอง สำหรับอาการของ Adjustment disorder with depressed mood จะมีอาการเหมือน depression แต่มีสาเหตุชัดเจนที่ทำให้เกิดอาการซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลัดพราก และอาการ Adjustment disorder with disturbance of conduct จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป เช่น พุดปด ลักขโมย หรือขาดโรงเรียน เป็นต้น

4) โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญา มักยังดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้คิดบ้างเมื่อป่วยเป็นเวลานาน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้ในการรักษาจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และผู้ป่วยที่เหลือค้างอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 60-70 การศึกษาถึงอายุของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 15-34 ปี เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง พบในผู้ที่มีเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำมากกว่าระดับสูง สำหรับในวัยรุ่นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นโรคที่

มีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น และการดำเนินของโรคยังสามารถต่อเนื่องไปในวัยผู้ใหญ่ได้ และประเด็นที่ควรให้ความสำคัญกับโรคจิตเภทในวัยรุ่น คือ วัยรุ่นจะมีอาการผิดปกติผสมผสานกันหลายอย่าง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภทในวัยรุ่นมีมาจากปัญหาในการพัฒนาการของบุคลิกภาพในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น หากอาการป่วยของโรคเริ่มในระยะวัยรุ่นการพยากรณ์โรคในระยะยาวจะไม่ดี

ลักษณะอาการผิดปกติที่ปรากฏในโรคจิตเภทวัยรุ่น มักจะนำมาด้วยความผิดปกติของความคิด ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และหากไม่ได้รับการรักษา ดูแลอย่างทันการณณ์ ถูกวิธีก็จะเกิดเป็นภาวะเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าแทรกซ้อนในช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคได้

1.2 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับครอบครัว

ระบบครอบครัวประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดู พยาธิสภาพจิตใจของบิดา มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียและการแยกจากบิดา มารดา ซึ่งจะเป็นรูปแบบการถ่ายทอดพฤติกรรมต่างๆ ไปยังบุตรได้ เช่น บิดา มารดามีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมขัดแย้งต่อกฎระเบียบของบ้าน โรงเรียน และสังคม ซึ่งปัญหาในครอบครัวที่มักพบบ่อย ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งและการทำร้ายร่างกายของบิดา มารดา การหย่าร้าง การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของบิดา มารดาหรือญาติพี่น้อง การถูกบิดา มารดาตำหนิ ดุด่า หรือลงโทษด้วยความรุนแรง การล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และมักพบเสมอว่าครอบครัวที่มีการสูญเสียบิดา มารดา หรือแยกจากกันจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี และมีอารมณ์เศร้า บิดามารดาที่เป็นโรคทางจิตเวชก็ไม่สามารถสนองความต้องการของบุตรที่ป่วยเป็นโรคทางจิตได้ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชเกิดขึ้นได้ด้วย

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่น เช่น หลังหย่าร้าง หรือมีความขัดแย้งระหว่างบิดา มารดา และบุตร หรือบุคคลอื่นๆ จะสร้างความวิตกกังวลและความสับสนทางจิตใจให้กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับสมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการแต่ละด้าน ความสัมพันธ์ที่พอเหมาะจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในทางที่ดี โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ มีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงกับสังคมภายนอก และขณะเดียวกับบิดามารดาก็ต้องเผชิญปัญหา

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะพฤติกรรมสังคมด้านลบ ทั้งนี้ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2543) อธิบายความผิดปกติของครอบครัวที่มีผลกระทบต่อบุตรธิดาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไว้ดังนี้ ครอบครัวที่มีบิดามารดาหย่าร้าง เด็กจะมีปัญหาทางจิตใจสูงกว่าครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน โดยพบว่าเด็กหรือผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีบิดามารดาหย่าร้างมักมีอาการซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลของตนเองแย่ง มีพฤติกรรมเกเรและพฤติกรรมทางเพศก่อนวัยอันควร ซึ่งผลกระทบนี้จะพบในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิงและจะรุนแรงขึ้นถ้าครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เด็กหรือวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีบิดามารดาเพียงคนเดียวอาจมีปัญหาลายประการทั้งอารมณ์และสังคม ในการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีนั้นวัยรุ่นต้องการมากกว่าบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เช่น บิดา มารดาที่ปฏิเสธและไม่ต้องการบุตรที่มีปัญหาทางจิต ก็จะมีการปฏิบัติและทำที่ที่แสดงออกต่อผู้ป่วยไม่นิมนวล หรือไม่สัมผัสกอดรัด แม้กระทั่งไม่พูด ไม่สนใจเลี้ยงดู และแสดงความรังเกียจโดยเปิดเผย ก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ขาดความรัก ความอบอุ่นทางจิตใจ มีพฤติกรรมหงอยเหงา วิตกกังวลและแยกตัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว และอารมณ์รุนแรง จนไม่สามารถควบคุมได้

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นเครื่องกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมักมาจากครอบครัวที่บิดามารดามีปัญหาและการแสดงออกต่างๆ ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรดี ให้ความรัก เอาใจใส่ ยอมรับอาการและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นทางจิต ทราบถึงลักษณะความต้องการของบุตรที่เป็นโรคทางจิตเวชอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม และมีสุขภาพจิตดี แนวโน้มของโรคทางจิตเวชก็จะดีขึ้นด้วยและสามารถลดเกิดภาวะร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆระหว่างการดำเนินโรคทางจิตเวช

บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของผู้ป่วย มีดังนี้

1) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และยาวนานพอ

2) ให้อาหารว่างในพฤติกรรมที่ดี พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นอีก การให้อาหารว่างไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของ หรือเงิน อาจเป็นคำชม การชื่นชมก็เพียงพอสำหรับผู้ป่วยแล้ว

3) มีความจริงจังกับข้อตกลงที่วางไว้ ถ้ามีการละเมิดต้องมีวิธีการตักเตือนที่ได้ผล โดยบิดา มารดาควรทบทวนเสมอว่าวิธีการแบบใดใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยก็ควรเลิกใช้ การเตือนที่ได้ผลมักเกิดจากการตกลงกันไว้และเมื่อเตือนก็กำกับติดตามอย่างทันที แต่ต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจะมีความบกพร่องในการรับรู้ และควบคุมพฤติกรรมตนเอง เพราะฉะนั้นบิดามารดาจึงต้องแสดงความเข้าใจ และให้โอกาสผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ

4) เปิดโอกาสให้ได้รับคำชื่นชม สร้างกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้แสดงออกถึงความภาคภูมิใจในตนเอง ตามความชอบความถนัด

5) ค้นหาพฤติกรรมทดแทน มาแทนที่พฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น

6) บิดา มารดาเป็นแบบอย่างที่ดี มีระเบียบวินัย จัดการกับชีวิตอย่างเหมาะสม มีการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง

7) ส่งเสริมพฤติกรรมและการเรียนรู้ให้ครบทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม สังเกตจุดอ่อนและสร้างทักษะใหม่ที่จะเอาชนะจุดอ่อนเท่าที่จะเป็นไปได้ ส่งเสริมจุดเด่นให้เป็นเอกลักษณ์ของตัวเอง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

8) สนับสนุนเพื่อนที่ดี ช่วยแก้ไขกลุ่มที่มีความเสี่ยง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้กันเองภายใต้การดูแล ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักคิด วิเคราะห์เพื่อนตามความสามารถที่มี

9) ฝึกให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นรู้จักจัดการกับความเสี่ยง (risk management) ประเมินความเสี่ยง คิดล่วงหน้าถึงความเป็นไปได้ด้านลบ หาสาเหตุของความเสี่ยง และอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีป้องกัน ลดปัญหา หรือชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสม

1.3 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับการเรียน

การเรียนในช่วงวัยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ปัจจุบันมีลักษณะเนื้อหาวิชาที่ลงลึกกว่าในอดีต และมีความยากต้องอาศัยการอ่านและการท่องจำสูง นอกจากนี้ยังยากเกินกว่าที่บิดามารดาจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ ด้วยทั้งเนื้อหาในรายวิชาต่างๆที่ยาก รวมกับข้อจำกัดในการรับรู้หรือความสามารถเรียนรู้ของผู้ป่วย และบางครั้งก็ลืมไม่ได้ว่าขั้นสุดท้ายของการเรียนนั้นคือการสอบวัดความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกดดันผู้ป่วยตลอดเวลาซึ่งอาจแสดง โดยมีอาการปวดหรือมีศีรษะ การนอนไม่หลับ วิตกกังวลกับการเรียน หรือมีพฤติกรรมต่อต้านรุนแรง จึงทำให้

อารมณ์อ่อนไหวกว่าปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว มีจิตใจและอารมณ์ที่อ่อนไหวได้ง่าย มีการตอบสนองต่อความผิดหวังและความเครียดได้อย่างรุนแรง

ในลักษณะการเรียนของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวกับสิ่งต่างๆที่เปลี่ยนแปลงรอบตัวมากมาย ซึ่งต้องใช้สมาธิ ความสนใจ และทักษะการเรียนรู้ที่มีปัญหาอันเกิดจากการดำเนินโรคทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น โรคทักษะด้านการอ่านบกพร่อง หรือแม้แต่การขาดกำลังใจ ประกอบกับขีดจำกัดของการเรียนรู้ ความสามารถในการรับรู้ และการตัดสินใจ ทำให้ครอบครัวต้องมีส่วนช่วยเป็นอย่างมากในการเสริมสร้างโดยเริ่มจากทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคมครอบครัวก่อนที่จะนำผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นสู่สังคม และการเรียนรู้ อย่างมีระบบ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีการปรับตัวอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งรอบตัวที่ไม่เคยเห็น ไม่เคยสัมผัสมาก่อน จึงอาจทำให้เพิกเฉยไปกับสิ่งต่างๆ และลดความสนใจในการเรียน หรือถูกชักจูงได้ง่าย รวมถึงการแสดงออกของสังคมที่โรงเรียน ทั้งสังคมเพื่อน ครู-อาจารย์ ที่ต้องการยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

ครอบครัวและการเลี้ยงดู บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ไม่ฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ การเลี้ยงดูผู้ป่วยโดยการตามใจอยากได้อะไรก็ได้ ไม่มีขอบเขต มีเงินจับจ่ายใช้สอยไม่ขาดมือทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะใช้ศักยภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการเรียนได้ ซึ่งปัญหาการเรียนของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องของหลายประการ เช่น ปัญหาที่ตัวผู้ป่วย ร่างกายมีเจริญเติบโตไม่สมวัย ด้านจิตใจมีการพัฒนาของอารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิดเป็นตัวของตัวเองสูง ด้านสังคมมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมบกพร่อง จึงถูกกีดกันจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบด้าน ทำให้เกิดความกังวล ขาดความมั่นใจ หรือหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไปจนไม่สนใจการเรียน และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เพราะอาการทางจิตของผู้ป่วยจะส่งผลให้ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมผิดไปจากปกติ ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลต่อการปรับตัวในการเรียน ทำให้ต้องขาดเรียนจากภาวะของโรค โดยบางครั้งผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะถูกละเลยในการให้ความสำคัญเรื่องการเรียน เนื่องจากผู้ปกครองที่ดูแลอาจมีความคิดว่าระดับสติปัญญา การเรียนรู้ และทักษะด้านการเรียนในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นนั้นพัฒนาได้ยากและต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงจึงไม่คุ้มค่ากับการลงทุนด้านการเรียน

สำหรับบทบาทของครูควรจะมีการส่งเสริมพัฒนาการต่อบิดา มารดา ด้วยการส่งเสริมพัฒนาการผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการดูแลทุกๆด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสังคมและจริยธรรม ใช้หลักพฤติกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย และถ้ามีความจำเป็นต้อง

ลโทษศควรมีหลักการลโทษที่ตี ได้ผล และไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นตามมา อีกรั้งศควรมีมาตรการจัดการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเร็ว โรงเรียนศควรมีระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการประสานงานกับแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้ เพื่อป้องกันภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาทางจิตเกิดขึ้นซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น

1.4 ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับสังคม

สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ตามลำพัง ในครอบครัว ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือสังคมทั่วไป ซึ่งในบางครั้งสภาวะสิ่งกำหนดทางสังคมก็ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการปรับตัวได้ดีและรวดเร็ว แต่ในบางกรณีหรือบางเหตุการณ์ก็กลับทำให้การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นไปได้ยาก และมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความเครียดนั้นจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้ไม่เท่ากัน โดยลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นนั้นจะมีสังคมที่แคบกว่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งสังคมเริ่มต้นส่วนใหญ่จะอยู่ภายในครอบครัว และมีการพัฒนามากว้างออกไปสู่สังคมญาติ กลุ่มเพื่อน แต่จะพบได้น้อยที่จะขยายออกไปจนถึงสังคมที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีปัญหาการเรียนรู้อและการปรับตัวให้เข้าสังคมภายนอกครอบครัวได้

พฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีลักษณะทางสังคมเป็นตัวกำหนดได้สิ่งหนึ่ง โดยสังคมเพื่อน สังคมโรงเรียน หรือแม้แต่สังคมแวดล้อมที่เป็นตัวช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการดำเนินของโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดที่หลากหลาย ทั้งบุหรี่ เหล้า กัญชา กาว ยาบ้า และอื่นๆ แต่ที่จะพบมากที่สุดคือ บุหรี่ เพราะหาซื้อได้สะดวก ราคาไม่แพง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับโรคทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติดเหล่านี้

ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นด้วยเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อและมีปัญหาสุขภาพจิต จึงเป็นเหตุให้มีการใช้ความรุนแรงในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติของผู้ป่วย ร่วมกับสภาพครอบครัว สภาพสังคมต่างๆที่เป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรมของผู้ป่วยผ่านสื่อต่างๆ ทั้งภาพยนตร์ วีดีโอ เกมส์ ที่ล้วนมีผลต่อความรุนแรงเข้าไปอยู่ในจิตใต้สำนึก โดยที่ผู้ป่วยเองก็ไม่รู้ตัว

ลักษณะพฤติกรรมปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มีความสัมพันธ์กับสังคม มีการแสดงออกได้หลายลักษณะ (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

1) พฤติกรรมต่อต้านทำลาย (Disruptive behavior disorder) เป็นการแสดงพฤติกรรมต่อต้าน ทำลายสังคม ทำลายผู้อื่น มี 2 ลักษณะ คือ

1.1) Conduct disorders เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกด้วยการทำลายต่อต้านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนีโรงเรียน รังแกสัตว์เลี้ยง ลักขโมย ปล้นจี้ และกลายเป็นอาชญากรในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ชอบกระทำการที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม ก้าวร้าว รุนแรง ไม่มีคุณธรรม ทำร้ายผู้อื่นแม้กระทั่งบิดา มารดาของผู้ป่วยเอง โดยเป็นเหตุจากอาการทางจิตที่ไม่ไว้ใจผู้อื่น หวาดระแวง หลงผิด หงุดหงิด และมีอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง

1.2) Oppositional defiant disorders เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกด้วยการปฏิเสธต่อต้าน ปฏิบัติในทางตรงกันข้าม โดยจะชอบทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น ตำหนิข้อผิดพลาดของผู้อื่น ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ โกรธง่าย และแสดงพฤติกรรมรุนแรงโดยปราศจากการคำนึงถึงสิทธิของผู้อื่น

2) พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) มีลักษณะพฤติกรรมต่อต้านทำลายสังคม ในลักษณะคล้ายพวก Conduct disorders และ Oppositional defiant disorders แต่ไม่ใช่เป็นความผิดปกติของจิตใจ ถือเป็นความบกพร่องของบุคลิกภาพ ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุรวมกัน

3) พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พบได้ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงเด่นชัด บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน มีพฤติกรรมหงุดหงิด วิตกกังวลง่าย มีอาการเศร้าหมองหวัง และไม่มีคุณค่าในตนเอง

4) ภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยเป็นภาวะร่วมที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งภาวะนี้จะกลายเป็นภาวะเศร้าเรื้อรังและมีผลกระทบต่อสภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะ เจ้าอารมณ์ มีพฤติกรรมมากเกินไป พฤติกรรมไม่ร่วมมือ ทำให้เป็นปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแวดล้อมได้

นอกจากผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาได้ง่าย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจากสภาพความเจ็บป่วยทางจิต ยังมีภาวะทางสังคมที่ซับซ้อนขึ้น ร่วมกับการอ่อนแอของสถาบันครอบครัว ซึ่งหาก

ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆเหล่านั้นได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตที่ซ้ำซ้อนและรุนแรงเกิดขึ้นได้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และถือว่าเป็นภาวะร่วมของโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรค ซึ่งปัจจุบันภาวะซึมเศร้านี้ยังไม่ได้เป็นที่สนใจ และให้ความสำคัญในการรักษาพยาบาลเท่าที่ควร ทั้งๆที่เป็นภาวะปัญหาและอาจนำไปสู่การสูญเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมากมาย

2.1 ความหมายและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

Melvin (2002) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตส่วนมากไม่แสดงออกโดยตรง แต่มักออกมาในลักษณะของความผลัดดันจากภายใน อาการทุกอย่างมีความหมายสำหรับผู้ป่วยทั้งสิ้นซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของจิตไร้สำนึก แสดงให้เห็นถึงวิธีต่อสู้และปรับตัวเพื่อให้อยู่รอดในสิ่งแวดล้อม การศึกษาโรคร่วม (co-morbidity) ของโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งโดยทั่วไปมักพยายามค้นหาว่า มีอุบัติการณ์ของโรคอื่นที่มักเกิดร่วมกับโรคนั้นได้ในคนๆเดียวกันสักเท่าไร ซึ่งควรระลึกเสมอว่า โรคที่เกิดร่วมกันนั้นอาจไม่ได้เกิดกับคนนั้นซ้อนขึ้นในเวลาเดียวกัน และมีได้หมายความว่าโรคที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นผลจากโรคแรก (มิใช่ disease process เดียวกัน) ในโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นการวินิจฉัยโรคร่วม (co-morbidity) ยังมีขีดจำกัดเพราะเกณฑ์การวินิจฉัย Depression ยังไม่สมบูรณ์ แต่ก็มักพบภาวะซึมเศร้าน่วมกับโรคทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นได้บ่อย

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถพบได้ในระยะเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น จากการศึกษาค้นพบว่าร้อยละ 33-86 ของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกลุ่มโรค anxiety disorders เกิดร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและอายุของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีโรค Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder, Conduct Disorders และ Oppositional Defiant Disorder เกิดร่วมร้อยละ 57, 45 และ 42 ตามลำดับ และยังพบวัยรุ่นกว่าร้อยละ 90 ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมีอาการของ depression อยู่ด้วย (Angold and Costello, 1992) โดยในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 36.0 (ปรียานันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ซึ่ง

สอดคล้องกับภาณุ คุงูฒยากร (2551) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช ที่เล่นการพนันในช่วงฟุตบอลโลก 2006 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 15-24 ปีมากที่สุด พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชที่เล่นการพนันฟุตบอลโลกเท่ากับร้อยละ 97.8 ซึ่งพบเป็นโรค Major depressive disorder, Adjustment disorders with depressed mood และ Dysthymia ร้อยละ 84.7, 10.9 และ 2.2 ตามลำดับ และในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่มีการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเป็นประจำจะพบว่าทุกโรคทางจิตเวช รวมถึงการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น (Subramaniam, Harrell, Huntley, and Tracy, 2009)

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง โดยสามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1) เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of states) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2) เป็นอารมณ์ผิดปกติ (Mood or Trait) คือคงนานและเป็นระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders) หรือมีผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (secondary depression)

3) เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorders) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorders) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะซึมเศร้าหรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่

3.1) อาการทางจิตอิสระ (psychophysiology หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

3.2) อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ซ้ำหลงซ้ำลิ้ม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3) อาการทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยใช้ความหมายในการศึกษาครั้งนี้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่รุนแรงเป็นความผิดปกติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยมีการแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หดเหี่ยวแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในด้านลบ คิดว่าตนเองไร้ค่ามีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง แยกตัวจากสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของ Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งในการศึกษาทบทวนเป็นในลักษณะของโรคร่วมในผู้ป่วยวัยรุ่น ซึ่งมีรูปแบบการแสดงออกที่ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะใกล้เคียงกัน โดยสามารถแบ่งสาเหตุออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆดังนี้

1) สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models) นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย ความรู้สึกผิด และการสูญเสีย Beck (1967) ได้กล่าวถึงแนวคิดในแง่ลบต่อทั้งตนเองในปัจจุบัน ประสบการณ์ที่เคยได้รับ และสิ่งที่จะเกิดต่อไปในอนาคต (Negative Cognition Triad) โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบขั้นพื้นฐาน (primitive) ส่วนความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อสภาพและพัฒนาการทางจิตใจของบุคลิกภาพ ทำให้การแสดงออกหันทิศทางการโกรธเข้าสู่ตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ดีและอยากทำร้ายตนเอง

2) สาเหตุจากความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological models) มีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง โดยเชื่อว่าศูนย์ควบคุมการทำงานในร่างกาย (inner control) ทำงานมากขึ้นในภาวะ mania และทำงานลดลงในภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางชีวภาพอาจจำแนกได้เป็นความไม่สมดุลของสาร biogenic amine ในเซลล์ประสาท (neurons) ความผิดปกติของระบบฮอร์โมน ของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) รวมทั้ง Growth hormone Ryan และ Thyroid hormone axis หรือลักษณะของ sleep EEG เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ และความผิดปกติทางสรีระวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) จังหวะชีวภาพ (circadian rhythm) นอกจากนี้ภาวะ

ซึมเศร้ายังเกี่ยวข้องกับชีวภาพ หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโปแตสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท อีกเป็นต้น

3) สาเหตุจากพฤติกรรม (Behavioral models) และสภาพทางสังคม มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ (Learned hopelessness) หมดกำลังใจ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า หรือ เกิดจากภาวะขาดแรงเสริม (no contingent reinforcement) รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบิดาหรือมารดา ซึ่งเด็กและวัยรุ่นอาจมีการเลียนแบบวิธีคิดและวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาไปใช้ และในการศึกษาหลังๆ มีการเน้นความสำคัญของความสำเร็จในด้านการเรียนและสังคมในโรงเรียน รวมถึงการตอบสนองพฤติกรรมต่อสภาพทางสังคมรอบๆ ตัวที่มีความกดดัน

จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม วัฒนธรรม ที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วรวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ที่ว่า Biopsychosocial factors ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (predisposing) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนืองมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า จากที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะร่วมที่สามารถพบได้ในระยะหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุทั้งก่อนเจ็บป่วยทางจิตหรือระหว่างดำเนินโรคทางจิตเวช และเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออาการและการรักษาโรคทางจิต อีกทั้งภาวะซึมเศร้าที่เกิดเป็นภาวะร่วมยังยากต่อการวินิจฉัย เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้าอาจแสดงไม่เด่นชัด หรือเป็นอาการหนึ่งของโรคทางจิตเวชที่เป็นอยู่เดิมแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นถูกละเลยการดูแลภาวะซึมเศร้าร่วมที่อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

อาการหลักของภาวะซึมเศร้า (Depression Symptoms) ในวัยรุ่นมีรูปแบบการแสดงออกไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะใกล้เคียงกัน แต่จะมีอาการเด่นที่สำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด และมีอาการร่วมอื่นๆ เป็นอยู่นานไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยและค่อนข้างคงนาน คือมีอาการเกือบตลอดทั้งวัน หรือเกือบทุกวันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

การวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จะกระทำต่อเมื่อไม่พบว่ามีปัจจัยทางกายเป็นสาเหตุ หรือเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้ายาวนาน จึงต้องตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ชักประวัติ โรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารให้ละลายในผู้ป่วยทุกคน สำหรับเกณฑ์การคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่นำมาจากเกณฑ์การวินิจฉัย Major Depressive

Episode ของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกันหรือ Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) ซึ่งมีดังนี้

1) มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์เดียวกัน และมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ (Functioning) นอกจากนี้ต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งในสองอาการต่อไปนี้ คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) หรือขาดความพอใจหรือยินดี (Loss of interest or pleasure) หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (General medical condition) การหลงผิดหรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์ (Mood incongruent delusions or hallucination)

1.1) อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) เกือบทั้งวันและเกือบทุกวัน โดยอาจเป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective report) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (ในเด็กและวัยรุ่น อาจมีอาการหงุดหงิด/อารมณ์ไม่ดีได้)

1.2) รู้สึกไม่สนุกสนาน (Anhedonia) ในกิจกรรมที่มักทำเป็นประจำ โดยเป็นอยู่เกือบทั้งวัน และเกือบทุกวัน

1.3) น้ำหนักลดลง (Weight loss) เนื่องจากวัยรุ่นกำลังเจริญเติบโต จึงไม่อาจเห็นน้ำหนักลดได้เหมือนผู้ใหญ่ แต่น้ำหนักอาจไม่เพิ่มตามเกณฑ์ หรือบางคนน้ำหนักเพิ่ม หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น (Decrease or increase in appetite) เกือบทุกวัน

1.4) นอนไม่หลับ (Insomnia) หรือนอนมาก (Hypersomnia) เกือบทุกวัน วัยรุ่น อาจเริ่มมี terminal insomnia และ abnormal pattern of REM sleep

1.5) เคลื่อนไหวเร็วขึ้นแบบลุกลุกงอน (Psychomotor agitation) หรือ เคลื่อนไหวเชื่องช้าลง (Psychomotor retardation) ดูซึมเหมือนเป็นไข้หวัด บางคนหาอะไรทำเพื่อกระตุ้นตนเอง และมักเข้าสังคมน้อยลง เกือบทุกวัน

1.6) อ่อนเพลีย (Fatigue) หรือ หหมดเรี่ยวแรง (Loss of energy) เกือบทุกวัน

1.7) มีความรู้สึกไม่ดีในตนเอง (Low self-esteem) โดยวัยรุ่นอาจบอกว่าตนเอง ไร้ น่าเกลียด หรือในแง่ที่กล่าวว่าตนเองที่เป็นรูปธรรม เกือบทุกวัน

1.8) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง (Diminished ability to think or concentrate) จะเห็นได้จากผลการเรียนตกลง ทำการบ้านไม่เสร็จ

1.9) มีความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับการตาย (Recurrent thoughts of death) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ (Recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมี

การพยายามฆ่าตัวตาย (Committing) หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (Committing suicide)

2) อาการดังกล่าวไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Maxed Episode

3) อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress) อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ทางด้านสังคม ด้านอาชีพ หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ

4) อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง (ยกเว้นสารเสพติด) หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

บ่อยครั้งที่ภาวะซึมเศร้าเป็นรุนแรงถึงขั้นโรคจิต (psychosis) อาการหลงผิด ประสาทหลอนซึ่งมีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับสภาพอารมณ์ (mood-congruent) ถ้ามีอาการมักจะเป็นเพียงชั่วคราวไม่คงอยู่นาน และไม่มีรายละเอียดมักเป็นเสียงว่ากล่าววิพากษ์วิจารณ์ถึงความไม่ดี หรือบาปกรรมของผู้ป่วย บางครั้งอาการหลงผิดประสาทหลอนมีเนื้อหาสาระที่ไม่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับสภาพอารมณ์ (mood-incongruent) เช่น หวาดระแวง หลงผิดว่ามีผู้ยัดเยียดความคิด หรือความคิดของผู้ป่วยถูกแพร่กระจายเสียง หรือมีคนคอยควบคุมจับผิด อาการหลงผิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละรายมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกันได้มาก บางรายอาการเกิดขึ้นช้าๆ ในเวลาหลายๆ วันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางรายอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง สำหรับในบางรายมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลาหลายเดือน อาทิ อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำหรืออาการซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรง (โรคประสาทซึมเศร้า) เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวไม่ค่อยพบบ่อยและถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีมาก่อนก็ควรนึกถึงโรคซึมเศร้าไว้ด้วย ผู้ป่วยบางรายมีภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรงร่วมกับโรคประสาทชนิดซึมเศร้า (Dysthymia) เรียกว่าภาวะเศร้าทวิคูณ (double depression) ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอีกในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเดียว และอาการมักจะเรื้อรังยากต่อการรักษา ซึ่งประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติด้วย และเมื่อประเมินอาการทางจิตของโรคทางจิตเวชในวัยรุ่นก็สามารถพบภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของโรคได้ (Subramaniam et al., 2009)

2.2 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังเป็นปัญหาสุขภาพจิตอีกปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Nierenberg, Katz, and Fava, 2007)

ผลกระทบทางตรง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา หรือสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้และคิดว่าจะทำให้สิ่งปัญหาดังกล่าว แต่ความจริงแล้วการดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Whitbeck et al., 2009) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwalter and Abraham, 1994) โดยมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell and Brent cited in Mcdougall, Blixen, and Suen, 1997) และพบว่าภาวะตึงเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คือ อะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน โดพามีน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลงเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย และในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นก็จะส่งผลให้การดำเนินของโรคไม่ดี หรือเกิดอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ การขาดสารอาหาร เนื่องจากโรคจิตเวชที่เป็นและการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักลดและมีภาวะขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991) และในที่สุดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงในผู้ป่วยตามมา

อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้การขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่ง คือ การนอนไม่หลับจึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา

สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นนั้นจะแยกตัวเอง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าก็จะทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

ผลแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือ การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี หรือร้อยละ 15 ตลอดชั่วชีวิต ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 30 เท่าของประชากรทั่วไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ใน 3 ระยะดังนี้ ระยะแรกเมื่อเริ่มป่วยมีอาการเศร้า อาการจะยังไม่ปรากฏชัดเจน ให้เป็นที่สังเกตของผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษา ในระยะที่สองจะเป็นขณะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงสูงสุด มีความรู้สึกวิตกกังวลและท้อแท้หมดหวัง และผู้ป่วยอาจไม่มีพลังหรือความคิดที่จะวางแผน หรือลงมือกระทำการได้ ส่วนระยะสุดท้ายที่อันตรายหรือความเสียหายสูงสุด คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีแทน ไม่เห็นอาการเศร้าหลงเหลืออยู่เลย แล้วอยู่ๆ ผู้ป่วยก็มีอารมณ์เศร้าหมองขึ้นทันทีทันใดอย่างที่ไม่คาดคิด ทำให้รู้สึกตระหนกหวาดหวั่น กังวลว่าตนเองไม่มีทางหายขาด รู้สึกท้อแท้แต่ยังมีพลังหรือความคิดที่สามารถวางแผนหรือกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งต่างจากระยะป่วยหนักและระยะนี้เป็นเวลาที่แพทย์ ครอบครัว และผู้ดูแลลดการดูแลเอาใจใส่ลง เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเป็นปกติแล้ว ดังนั้นระยะ 3 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นช่วงเวลาที่ยังมีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องให้การดูแลป้องกันและไม่ควรประมาท เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้น หน้าตาอารมณ์สดชื่นขึ้น ทำที่สงบอาจเนื่องจากผู้ป่วยปลงตกและตัดสินใจที่จะหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย จึงอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ

2.3 การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น หากได้รับการรักษาก็จะทำให้อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ หรือรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจของผู้ป่วยจะกลับมาดีขึ้น จนผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจว่าตอนนั้นทำไมจึงรู้สึกเศร้าไปได้ถึงขนาดนั้น ข้อแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคจิตที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ภาวะซึมเศร้าถ้าได้รับการรักษาจนดีแล้วก็จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ขณะที่โรคจิตนั้นแม้จะรักษาได้ผลดีก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่เหมือนแต่ก่อน สำหรับภาวะซึมเศร้ายังมาได้รับการรักษาเร็วเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นเร็วเท่านั้น

และยิ่งป่วยมานานก็ยิ่งรักษายาก ซึ่งหากเป็นภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคทางจิตเวชก็จะมีควมยากและสลับซับซ้อนในการรักษามากขึ้น

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุนมีแนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ตำราวิชาการหลายๆ เล่มใช้หลักการพื้นฐานเป็นแนวทางเดียวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไป (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542, มาโนช หล่อตระกูล, 2548; Chaput et al., 1998) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรักษาทางยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ เช่น ยาด้านเศร่ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร่ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร่าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัว คือ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน และซีโรโตนิน ที่จุดต่อของปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร่าจึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละตัวมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆ กัน เช่น ยาอิมิพรามีน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของนอร์อิพิเนฟริน ส่วนยาเอมิทริปไทลีน (amitriptyline) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโตนิน เป็นต้น

การรักษาด้วยยาด้านเศร่าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการดีเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด แต่ยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นในช่วง 1-3 วัน ทั้งความสนใจในสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นด้วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนสามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยาด้านเศร่า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งพบได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้านเศร่าที่พบบ่อย เช่น ตาพร่า คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก และใจสั่น

2) การบำบัดทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1) จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิด

ภาวะซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าและปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ห้มีจุดแข็ง (dynamic focus) ที่สำคัญเพียงเรื่องเดียว

2.2) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) มีวัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบันมิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจได้อันนี้ กระบวนการให้ความรู้อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด

2.3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เฟออสท์เทอร์ (Ferster, 1998 อ้างใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542) เป็นผู้ทีริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคมก็ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

2.4) การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนของความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ก็จะเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.5) การบำบัดโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcement Therapy) เป็นเทคนิคการใช้พฤติกรรมเพื่อกำหนดหรือแก้ไขรูปแบบของพฤติกรรม ความคิดที่เข้าใจผิดๆ ซึ่ง

เป็นตัวทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นในทางลบ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.6) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy) เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

การรักษาภาวะซึมเศร้ามีการนำเอาหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ จนทำให้เกิดรูปแบบการดูแลรักษาที่หลากหลายซึ่งล้วนเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งสิ้น หากแต่การรักษาจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ เพราะด้วยมีลักษณะอาการ ความรุนแรง และสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2551) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ การบำบัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตในครอบครัวอย่างผาสุก ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิต ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มแก่เด็ก วัยรุ่น และครอบครัว รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานอื่น องค์กรเอกชน และทีมสุขภาพในโครงการหรือกิจกรรมที่มุ่งสู่การเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุขของประชาชน

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เพื่อให้สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ พยาบาลผู้

ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจึงต้องมีทักษะทั้งด้านการพยาบาลทั่วไป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป เพราะลักษณะของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรม การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการดูแลด้านจิตใจที่ต้องอาศัยการสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและใช้เวลา มีเครื่องมือวิทยาศาสตร์เข้ามาช่วยน้อยต้องใช้ความเข้าใจในตนเองในการบำบัด (ดวงเดือน ไชยน้อย, 2544)

ปัญหาและอุปสรรคของระบบการให้การพยาบาลเพื่อดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มักประสบกับความไม่สมบูรณ์ของคู่มือการปฏิบัติงาน การมีพยาบาลผู้ชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวนน้อย และภาระงานที่หนักถึงหนักมาก เนื่องจากภาวะขาดแคลนกำลังคน ประกอบกับการใช้บริการของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น (ดวงเดือน ไชยน้อย, 2544) ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นปัญหาที่พบเสมอในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คือ ผู้ป่วยและครอบครัวมักขาดแรงจูงใจหรือขาดความมั่นใจที่จะมารับการรักษาทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง การมาพบจิตแพทย์ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าการป่วย เป็นปมด้อย กลัวเพื่อนล้อเลียน สูญเสียความมั่นใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง การที่บิดามารดาพามาพบจิตแพทย์เป็นการสร้างความรู้สึกถูกบังคับ และแสดงออกด้วยการต่อต้านการรักษา (พนม เกตุมาน และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) อีกทั้งภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกกละเลยไม่ได้รับการประเมิน คัดกรอง และให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่สามารถพบได้ในช่วงเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคทางจิตเวช แพทย์ที่ทำการรักษาและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก็ให้ความสำคัญกับโรคหลักมากกว่าอาการซึมเศร้าที่เป็นภาวะร่วมของโรคทางจิตเวช จนท้ายที่สุดผู้ป่วยอาจมีอาการของโรครุนแรงขึ้น เกิดเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง บางรายอาจจบการรักษาหรือไม่รับการดูแลด้วยวิธีการฆ่าตัวตาย ที่เป็นผลร้ายแรงที่สุดของภาวะซึมเศร้า โดยในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชทั้งหมดถึง ร้อยละ 5 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของวาร์คาร์ลอริส (Varcarloris, 1998) การใช้กระบวนการพยาบาลมีเป้าหมายเหมือนผู้ป่วยฝ่าย

กาย คือ มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย โดยขั้นตอนตามแนวทางของกระบวนการพยาบาลมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยสรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าและสาเหตุ (Varcariolis, 1998) การประเมินผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่อยู่ในระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งเน้นที่ระดับของอารมณ์เศร้าว่าอยู่ระดับใด โดยประเมินได้จาก 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiological)

2. การวินิจฉัยการพยาบาล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า โกรธ และแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง

2.2 การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย การระบายความโกรธไม่เหมาะสม คิดซ้ำๆ กับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้

2.3 ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน รวมถึงการดูแลด้านบุคลิกภาพ และการแต่งกาย

2.4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกถูกทอดทิ้งไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

2.5 ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

2.6 แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น

2.7 กระบวนการคิดผันแปร แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ต่ำหนิและทำโทษตนเอง มองคนในทางลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ หลงผิด

3. การพยาบาลภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น กำหนดแนวทางช่วยเหลือ เป็น 2 ระยะ คือ

3.1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น โดยมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

3.1.1 เน้นการป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

3.1.2 ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยเสียใจจนขาดสติ เป็นการช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน ป้องกันการขาดอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

3.1.3 เน้นการปรับตัวกับสถานการณ์ การระบายปัญหา โดยการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวอย่างเหมาะสม

3.1.4 ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง

3.2 กำหนดเป้าหมายระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยมุ่งเน้นพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.2.1 ทำความเข้าใจปัญหา ฝึกการเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม

3.2.2 สร้างคุณค่าและเป้าหมายในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความรู้สึกพึงพอใจของตน

3.2.3 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และครอบครัวเมื่อมีปัญหาหลังจำหน่าย

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวพยาบาลต้องใช้เทคนิค หลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลเป็นอย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งถือเป็นภาวะร่วมของโรคทางจิตเวชวัยรุ่นนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในปัจจุบันการศึกษาวิจัยจำนวนมากมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมากกว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยให้ความสำคัญในการศึกษาสภาพแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งยังไม่พบการศึกษาใดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่เข้ารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ ตามแนวคิดของ Melvin (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นและในวัยรุ่น ประกอบด้วยตัวแปร 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัจจัยด้านครอบครัว (family variables) ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment variables) ได้แก่ ด้านวัตถุ สถานที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ตัวบุคคล ผู้ดูแลและสังคมแวดล้อม โดยในการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ดังนั้นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ Melvin (2002) ได้กล่าวถึง ด้านวัตถุ สถานที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ตัวบุคคล หรือแม้แต่ผู้ดูแลและสังคมแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ต้องพัฒนาเชิงโครงสร้างในระดับนโยบาย มิใช่เพียงจัดกระทำในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่จะต้องครอบคลุมถึงครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และใช้ความร่วมมือของสหวิชาชีพจึงจะได้ผลและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัวเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สามารถจัดกระทำเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และจากการศึกษาทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้พบความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (smoking behaviors) ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึง

ร้อยละ 45-80 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเพราะมีผลต่ออาการและการรักษาของโรคทางจิตเวช (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และระณชัย คงสกนธ์, 2552)

จากความสำคัญดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแยกพฤติกรรมสูบบุหรี่ออกจากปัจจัยส่วนบุคคล และพิจารณาศึกษาให้น้ำหนักความสำคัญเทียบเท่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว โดยคัดเลือกตัวแปร 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ได้แก่ บุคลิกลักษณะ (Melvin, 2002) ปัญหาด้านการเรียน (พนม เกตุมาน และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) การเจ็บป่วยทางจิตเวช (ภาณุ คุณุฒยากร, 2551) ประวัติการใช้สารเสพติด (Burcusa and Iacono, 2007) และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Corruble et al., 2006) มีอาการกลุ่มโรควิตกกังวล (Riala et al., 2007) ปัจจัยด้านครอบครัว (family variables) ได้แก่ สถานภาพ และระดับการศึกษาของบิดามารดา (Riala et al., 2007) เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว (ปรียพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546) และปัจจัยด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (smoking behaviors variables) ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (Whitbeck et al., 2009) ลักษณะการสูบบุหรี่ (Grant et al., 2008) และระดับการเสพติดนิโคติน (ธัญชนก จิงา, 2546)

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ลังการ์พินธ์ (2546) ในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น พบว่า เมื่อดูความสัมพันธ์ของครอบครัวในระบบย่อยยังมีบางลักษณะความสัมพันธ์ที่มีปัญหาและควรได้รับการช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้บางครอบครัวที่มองปัญหาและสาเหตุไม่เหมือนกัน ก็อาจมีวิธีการแก้ไขปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของธัญชนก จิงา (2546) เรื่องความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มมีป่วยทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินในระดับสูง และผลการศึกษาของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ที่ได้ทำการศึกษานำแนวความคิดสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช พบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชถึงร้อยละ 80 และเป็นปัญหาต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคแย่ง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเข้ามาศึกษารวมทั้งหมด 10 ตัวแปร ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ 2 ลักษณะที่สอดคล้องกับ

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นโดยตรง ที่มีลักษณะเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยทางจิตเวช มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะ หรือบุคลิกภาพ (Personality) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Persona ในภาษาลาตินมีความหมายว่า หน้ากาก (Mask) ซึ่งหมายถึงการแสดงออกถึงปัจเจกบุคคลในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงลักษณะที่ส่งผลต่อการติดต่อกับผู้อื่น ได้แก่ ความรู้สึกนับถือตนเอง ความสามารถ ปฏิกริยาในการเกิดอารมณ์ และลักษณะนิสัยที่สะสมจากประสบการณ์ชีวิต (Hilgard, 1983) หรือบุคลิกภาพ เป็นลักษณะนิสัยและรูปแบบของความคิด ความรู้สึก และการประพฤติปฏิบัติของบุคคลแต่ละคน

Zimbardo and Ruch (1980) อธิบายว่า บุคลิกภาพ เป็นผลรวมของลักษณะเชิงจิตวิทยาของบุคคลแต่ละคน มีผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมที่หลากหลายของบุคคลนั้น ทั้งส่วนที่เป็นลักษณะภายนอกที่สังเกตเห็นได้ง่ายและพฤติกรรมภายในที่สังเกตเห็นได้ยาก ลักษณะที่หลากหลายดังกล่าวส่งผลให้บุคคลแสดงออกต่างกันในแต่ละสถานการณ์และช่วงเวลา

ทฤษฎีหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และความสามารถในการรู้ตัวเอง (Self-Awareness) ถือเป็นความฉลาดอย่างหนึ่ง เพราะการที่จะรู้ตัวเองหรือรู้พฤติกรรมของตนเองได้นั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลจะมองตัวเองอย่างไรเมื่อเทียบกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถที่จะจัดการและควบคุมตนเองได้เรียกว่า ประสิทธิภาพส่วนบุคคล (Self-Efficacy) ซึ่งคนที่มีประสิทธิภาพส่วนบุคคลสูงจะมีความมั่นใจในการมีพฤติกรรมได้ตอบที่ถูกต้อง แต่คนที่มีประสิทธิภาพในตนเองต่ำจะมีความกระวนกระวาย มีกังวลเมื่อจะต้องได้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคลนั้น ความรู้ตัวและประสิทธิภาพส่วนตัวนี้จะรวมกันเป็นบุคลิกลักษณะ

สรุปได้ว่า “บุคลิกลักษณะ” คือ บุคคลโดยส่วนรวมทั้งลักษณะทางกายที่สังเกตเห็นได้ง่าย และลักษณะทางจิตที่สังเกตเห็นได้ค่อนข้างยาก ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ความมุ่งหวัง อุดมคติ เป้าหมาย และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ลักษณะดังกล่าวที่มาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวกับ

สิ่งแวดล้อมและเกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล ทฤษฎีบุคลิกภาพกลุ่มลักษณะนิสัย (Traits Theory of Personality) แนวคิดนี้อธิบายบุคลิกภาพบุคคลว่า ประกอบไปด้วยมิติหลายๆ มิติ ลักษณะ (Trait) แต่ละลักษณะจะแสดงคุณสมบัติหรือคุณภาพ (Characteristics) ที่แต่ละคนมีมากกว่าบุคคลอื่นหรือน้อยกว่าคนอื่น เช่น ความก้าวร้าว ชอบฟังฟังผู้อื่น หรือการมองว่าตนเองมีปมด้อย ความเฉื่อยชา ความเข้มแข็ง อ่อนแอ ฯลฯ (Pantown, 2008)

การศึกษานักจิตวิทยาหลายท่านมักพิจารณาถึงลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล และพยายามให้ความหมายของบุคลิกภาพตามประสบการณ์และการนำไปใช้ของตน ทำให้เกิดทฤษฎีบุคลิกภาพหลายทฤษฎี ซึ่ง Hilgard (1965) อ้างถึงใน นภาพร ลัคโนทัย, 2551) ได้เสนอทฤษฎีการจำแนกบุคลิกภาพออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ทฤษฎีการแบ่งประเภท (Type Theories) เป็นทฤษฎีที่แบ่งบุคลิกภาพออกเป็นประเภทต่างๆ ตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น แบ่งตามลักษณะตามร่างกาย (Body type) หรือแบ่งตามพฤติกรรมที่มีการตีความทางจิตวิทยา (Behavior Psychology type)

2. ทฤษฎีการแบ่งบุคลิกลักษณะตามลักษณะอุปนิสัย (Trait Theories) จะแบ่งตามนิสัยซึ่งเป็นตัวกำหนดการแสดงออกและพฤติกรรมของบุคคลขั้นพื้นฐาน โดยบุคคลจะมีลักษณะอุปนิสัยที่ต่างกันและมีระดับแตกต่างกัน เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล

3. ทฤษฎีบุคลิกภาพตามพัฒนาการ (Developmental Personality Theories) นักทฤษฎีกลุ่มนี้จะศึกษาบุคลิกภาพตามพัฒนาการของแต่ละช่วงวัย โดยเชื่อว่าบุคลิกภาพสามารถพัฒนาได้ตามวุฒิภาวะและศักยภาพ (Maturity and Potentialities) ของแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

4. ทฤษฎีพลวัต (Dynamic Theories) นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่าบุคลิกภาพเกิดจากกลไกขององค์ประกอบต่างๆ ภายในตัวบุคคลที่มีการขัดแย้งกันอยู่เสมอ ซึ่งเป็นความขัดแย้งภายในที่ถูกผลักดันออกมาเป็นพฤติกรรม และเป็นสาเหตุให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่ต่างกัน

ทฤษฎีของ Eysenck (1982 อ้างถึงใน นพมาศ ธีระเวคิน, 2542) ได้มาจากการวิเคราะห์ตัวแปรมากมายเกี่ยวกับบุคลิกภาพของคนประเภทต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งจากผลงานวิจัยได้ปัจจัย 2 องค์ประกอบ คือ Introversion/Extraversion และ Stability/Neuroticism และต่อมาได้วิเคราะห์ทางสถิติอื่นๆ และได้ตัวแปรที่สาม คือ Impulse/Psychoticism ตัวแปรทั้งสามตัวนี้แสดงถึงความแตกต่างหลักของบุคคล และมีประโยชน์ที่สุดต่อการบรรยายถึงการปฏิบัติการณ์ของบุคลิกภาพ เมื่อนำมาเปรียบเทียบและศึกษาเพิ่มเติมพบว่า Neuroticism และ Psychoticism

เป็นบุคลิกภาพที่อาจนำไปสู่การมีปัญหาด้านจิตเวชได้ หลังจากนั้น Eysenck ได้สร้างแบบทดสอบขึ้น คือ Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) เพื่อให้ทดสอบและแยกประเภทของบุคลิกภาพ

ความสัมพันธ์ของบุคลิกลักษณะกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอในลักษณะอารมณ์อ่อนไหวง่าย (Neuroticism) และยึดตนเองเป็นใหญ่ (Psychoticism) จะเป็นปัจจัยนำสู่พัฒนาการด้านจิตใจที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นบุคลิกที่สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคทางจิตเวชทั่วไป และมีหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับปัญหาสุขภาพจิต ในทางตรงกันข้ามก็พบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพเข้มแข็งสามารถปรับตัวได้ดี ก็เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และยังพบว่าบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Rutter and Taylor, 2000) นอกจากนี้การดำเนินของโรคทางจิตเวชและปัจจัยอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการรับรู้และประเมินตนเองเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะคลาดเคลื่อนหรือไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง และรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะของตนเองทางด้านลบ มีปัญหาในการแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความยากลำบากในการปรับปรุงบุคลิกลักษณะของตนเองให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม จนท้ายที่สุดก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4.1.2 ปัจจัยปัญหาด้านการเรียน คือการที่ผู้เรียนประสบกับความยากลำบากทั้งในการปรับตัว การแสดงออกและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนหรือครูผู้สอน การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน มีความเข้าใจในเนื้อหาบทเรียนได้ยาก รวมทั้งผลการเรียนที่ตกต่ำไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งปัญหาด้านการเรียนที่กล่าวมามักพบได้มากในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยเรียนจนส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมตามมา

การประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น สิ่งที่สำคัญและบ่งบอกการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง คือ ประวัติเกี่ยวกับโรงเรียนและการเรียนของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะพบปัญหาเกี่ยวกับการเรียนของวัยรุ่น 5 ประการ ได้แก่ ชอบโรงเรียนหรือไม่ มีปัญหาการเรียนหรือไม่ มีปัญหากับครูหรือไม่ มีปัญหากับเพื่อนหรือเพื่อนสนิทบ้างหรือไม่ และสามารถร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้อย่างมีความสุขหรือสนุกหรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่สอดคล้องกับภาวะซึมเศร้าและหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งก็ส่งผลต่อการเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรม ทำให้มีความวิตกกังวล เกิดความเครียด และปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น (นางพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538)

ความสัมพันธ์ของปัญหาด้านการเรียนกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระยะหลังเน้นความสำคัญของความสำเร็จในการเรียนและสังคมในโรงเรียน ซึ่งปัญหาการเรียนของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การเรียนตกต่ำ ไม่มีสมาธิหรือไม่สนใจในกิจกรรมการเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีความขัดแย้งกับครูและกลุ่มเพื่อน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้ และพฤติกรรมขาดเรียน โดยพฤติกรรมอาจดำเนินมาตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย และเมื่อมีอาการทางจิตก็จะส่งผลให้ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมผิดไปจากปกติ ซึ่งทั้งหมดส่งผลต่อการปรับตัวในการเรียน ทำให้ต้องขาดเรียนจากภาวะของโรค ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน ก็เป็นสาเหตุให้ซึมเศร้าและทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นรุนแรงมากขึ้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540)

4.1.3 ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด สารเสพติดหรือยาเสพติดให้โทษ หมายถึง ยาหรือสารใดๆ ก็ตามเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายทั้งโดยการรับประทาน ดม สูด หรือฉีดติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดการติดและก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ มีความต้องการที่จะเสพ และเพิ่มปริมาณการเสพยาขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการขาดยาขึ้น โดยในการศึกษานี้จะไม่รวมถึงการใช้บุหรี่

ในการจำแนกประเภทของสารเสพติดตามกฎหมาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ ประเภทที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุรา ยาตอง และเครื่องดื่มชูกำลัง และประเภทที่ผิดกฎหมาย เช่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า เป็นต้น แต่หากแบ่งตามลักษณะการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในทางการแพทย์ได้แบ่งเป็น 7 ประเภท คือ

- 1) ประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคอีน และรวมถึงสารสังเคราะห์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน เช่น เพทิดีน เมธาโดน ฯลฯ
- 2) ประเภทยากดประสาท รวมทั้งยากล่อมประสาทและยานอนหลับ ได้แก่ ฟีนobarbital โบริไมด์ ไดอะซีแพม ดอไมกัม ซาแนก เป็นต้น
- 3) ประเภทยากระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระท่อม โคเคน
- 4) ประเภทหลอนประสาท LSD เพนซิลิดีน ยาเค ลำโพง เห็ดขี้ควาย
- 5) ประเภทออกฤทธิ์หลายอย่าง ได้แก่ กัญชา ยาอี
- 6) ประเภทสารระเหย ได้แก่ อาซีโตน โทลูอีน กาว แลคเกอร์ ทินเนอร์ ฯลฯ
- 7) ประเภทอื่นๆ ได้แก่ บุหรี่ หมาก สุรา ฯลฯ

ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ มีภาวะวิกฤตของชีวิตเกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวช และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยก็เป็นประตูที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ ได้ เช่น กัญชา เฮโรอีน ยาบ้า โคเคน ยาเลิฟ การดมกาว ซึ่งพบผู้ที่ติดสารเสพติดที่เป็นโรคจิตเวชส่วนใหญ่มักมีประวัติมาจากการเริ่มสูบบุหรี่ก่อน ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการใช้สารเสพติดทั้งก่อนและขณะมีการดำเนินของโรคจิตเวช เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรลองสิ่งใหม่ๆ มีสังคมเพื่อนที่ต้องการการยอมรับ และมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากมาย จึงทำให้มีโอกาสใช้สารเสพติดได้ง่าย

ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

จากการศึกษาตำราพบการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ เป็นทั้งปัจจัยนำและปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย ซึ่งในช่วงเวลาหนึ่งของการรักษามักพบอาการซึมเศร้า (Kjelsberg, 2008) และสำหรับการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ถึงแม้ว่าจะยังไม่ชัดเจนนักในผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยอาจมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้เกี่ยวกับสุราหรือ Alcohol dependence และอีก 2 ชนิดที่พบบ่อย คือ กัญชา ประมาณร้อยละ 15-20 และโคเคนร้อยละ 5-10 ซึ่งการติดสุราและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ และการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ทำให้พบว่าการพยากรณ์ของโรคค่อนข้างแย่ง

4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัว หรือผลลัพธ์อันเกิดจากสภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของบิดา มารดา คือความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา ที่เกี่ยวข้องผูกพัน พูดคุยติดต่อสื่อสารกันเปิดเผยเป็นสามีภรรยา และทำหน้าที่เป็นบิดา มารดาของบุตร ตลอดจนมีการยอมรับในคุณค่าและเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของอีกฝ่าย

โดยปกติแล้ววัยรุ่นต้องการทั้งบิดา มารดาในการเลี้ยงดู และคุ้นชินกับสภาพที่บิดา มารดามอบความรักความอบอุ่น มอบความมั่นคงให้ วัยรุ่นจะเรียนรู้สภาพบรรยากาศในครอบครัวและเรียนรู้บทบาทของบิดา มารดา ดังนั้นสภาพความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา จึงเป็นแบบอย่างความประพฤติ ค่านิยม และอารมณ์ที่ส่งผลต่อพัฒนาการ หากความสัมพันธ์

ระหว่างบิดา มารดาถูกทำลายลงแล้วย่อมมีผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างแน่นอน (ลำเจียก กำธร และคณะ, 2550)

สถานะของครอบครัวเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสภาพปัญหาความขัดแย้ง การแสดงบทบาทหน้าที่เลี้ยงดูบุตร รับผิดชอบอบรมสั่งสอนให้บุตรประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามตามกฎระเบียบ และจารีตประเพณีของสังคม และการที่บิดาหรือมารดามีสถานะภาพอยู่อย่างโดดเดี่ยว ต้องแบกรับภาระแสดงบทบาทเป็นทั้งบิดาและมารดา รับผิดชอบเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในบ้าน หรือรับรู้ปัญหาเพียงลำพัง ก็อาจเป็นเหตุให้ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตรลดลง เอาใจใส่ให้บุตรมีพัฒนาการทางร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสมตามวัยไม่ได้ ดังนั้นสถานภาพสมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นหม้ายจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (กัญจณี ศรีโสภา, 2548)

ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสของบิดา มารดา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การรับรู้สถานภาพสมรสของบิดา มารดาของวัยรุ่นมีผลต่อความมั่นคงด้านจิตใจ และมีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อและการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต บ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น (Hanucharumkul, 1989) และพบว่ากรหย่าร้างของบิดามารดาเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ทาง เพราะการหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ง่าย (Asettine, 1996)

4.2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว ฐานะด้านการเงิน รายได้ของครอบครัว คือสิ่งที่บ่งบอกถึงความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และมีปมด้อยของวัยรุ่น นำไปสู่ความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกตนเองไร้คุณค่า

เศรษฐกิจฐานะของครอบครัวมีองค์ประกอบ ได้แก่ อาชีพที่สมาชิกในครอบครัวประกอบเพื่อการค้ามาซึ่งรายได้ การจัดสรรค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพื่อดำเนินชีวิต และการรับรู้สถานะทางการเงินของสมาชิกในครอบครัวและการยอมรับ ทั้งนี้ฐานะของครอบครัวบอกได้โดย

การใช้จ่ายด้านการเงินอย่างเพียงพอกับรายรับ การมีเงินทอง ทรัพย์สินเหลือเก็บไม่เดือดร้อน หรือใช้จ่ายไม่เพียงพอต้องมีการกู้หนี้ยืมสินเพื่อการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว

เนื่องจากโรคทางจิตเวช ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวผู้ป่วยต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาอื่นๆ ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนแต่เดิม จึงทำให้ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญของครอบครัว (จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2539) เพราะฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลทำให้ครอบครัวมีการเป็นอยู่ที่ราบรื่นมีการตอบสนองในด้านวัตถุ ปัจจัยจำเป็นที่ใช้ในการดำรงชีวิต ซึ่งหากเกิดความขัดข้องของฐานะทางเศรษฐกิจก็จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และทำให้เกิดภาวะเครียด การตอบสนองด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตก็แย่ลงได้

ความสัมพันธ์ของเศรษฐกิจของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

สังคมและเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องในเรื่องรายได้ อาชีพ การศึกษา ความเป็นอยู่ โดยในโรคทางจิตเวชจะพบมากในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำ เป็นเพราะการที่อยู่ในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำ ทำให้เกิดปัญหาความเครียด วิตกกังวลและก่อเป็นโรคจิต (Kamo and Norquist, 1995) ฐานะของครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจะได้รับแรงสนับสนุนแตกต่างกันตามอาชีพ รายได้ ฐานะในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรคระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (จำนรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) ซึ่งหากในรายที่ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำก็จะส่งผลต่อการดำเนินโรคที่แย่ลงและพบอาการซึมเศร้าวร่วมได้มาก

4.2.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความผูกพันรักใคร่ ใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดา มารดาและบุตรธิดา รวมถึงเครือญาติและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันอย่างความเข้าใจจิตใจกัน เป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน ประกอบด้วยพฤติกรรมลักษณะ 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษาหารือกัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัย การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวบุคคล ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน มีการเผชิญหน้าซึ่งกันและกัน จัดเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเครียดหรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติที่รุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความสุข ได้รับความรักความอบอุ่น และเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดี และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ลำเจียก กำธร และคณะ, 2550)

ความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความใกล้ชิดกับบิดาและมารดาต่ำ (Lasko et al., 1996) โดยครอบครัวที่มีการสนับสนุนต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคตในช่วง 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1998) พบว่ากระบวนการหย่าร้างในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นได้ และพบกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายที่มีปัญหาพฤติกรรมเข้าข่ายอาการทางจิต อายุเฉลี่ย 17.12 ปี ร้อยละ 42.8 มีความผูกพันในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 มีความผูกพันในครอบครัวระดับต่ำ และในส่วนนี้พบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 86.4 (ลำเจียก กำธร และคณะ, 2550)

4.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการใช้บุหรี่ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และระดับการเสพติดนิโคติน

4.3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เกี่ยวกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่ คือ ระยะเวลา นับตั้งแต่เมื่อเริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรก หรือการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ / ครั้งคราว ในทางจิตวิทยาของการสูบบุหรี่ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่ 3 สาเหตุ (Berkman et al., 1979) คือ เหตุกระตุ้น เหตุสนับสนุน และเหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพ

เหตุกระตุ้น เป็นเหตุผลจากความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะวัยรุ่น เช่น ความประหม่า เหน็ด กระสับกระส่าย อึดอัด กลุ่มใจ ฯลฯ จึงหันไปสูบบุหรี่เป็นที่พึ่งเพราะจะได้มีอะไรทำให้หายเหนื่อย หายประหม่า สมองแจ่มขึ้น ทำให้ใจเย็นหายอึดอัด และสบายใจขึ้น

เหตุสนับสนุน ได้แก่ การได้มาหรือการซื้อหาบุหรี่ปได้ง่าย เช่น อยู่ในร้านขาย บุหรี่ บิดามารดาสูบบุหรี่ เพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่กันเป็นส่วนมาก ได้รับการโฆษณาเชิญชวนทั้ง ทางตรงและทางอ้อม โดยนักขายผู้ที่เด่นๆ เช่น ดารา ศิลปินชื่อดังที่ปรากฏในภาพยนตร์ทีวี หรือ ตามป้ายโฆษณาต่างๆ เหล่านี้จะมีผลสูงต่อเด็กก่อนวัยเรียนและวัยรุ่น

เหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพ ได้แก่ พันธุกรรม และองค์ประกอบในบุคลิกภาพ ทางด้านพันธุกรรม มีนักจิตวิทยาหลายท่าน ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างนิสัยในการสูบบุหรี่ กับลักษณะอื่นๆ ที่ได้มาจากพันธุกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวก มีการศึกษาวิจัยหลาย เรื่องพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีบุคลิกภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ที่สูบบุหรี่ มักเป็นคนหุนหัน เปิดเผย กระตือรือร้น ต้องการต่อต้าน มีอำนาจบังคับบัญชา ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนหนึ่ง มีลักษณะอารมณ์ดี เครียด วิตกกังวล เจ้าอารมณ์ มีลักษณะทางประสาท ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ คนหันไปพึ่งบุหรี่

ในวัยรุ่นมีปัจจัยที่ทำให้เริ่มต้นสูบบุหรี่มีหลากหลาย บางคนต้องสูบบุหรี่เพราะ หน้าที่การงานที่ต้องเข้าสังคม ซึ่งมีผู้สูบในสังคมนั้นๆ เชิญชวนให้สูบ บางคนสูบเพราะความเชื่อ ที่ว่าจะทำให้มีความมั่นใจ คุมน้ำหนัก เท่ และเพื่อผ่อนคลาย โดยไม่คิดว่าสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ เมื่อสูดดมเข้าสู่ร่างกายจะเข้าสู่สมองภายในเวลา 6-10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหด ตัว และกระตุ้นสมองส่วนกลางทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระยะต้น แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมอง ลดลง จะทำให้ผู้สูบเกิดอาการหงุดหงิดและเครียดได้ในเวลาต่อมา ดังนั้นคนที่สูบบุหรี่เป็น เวลานานจึงมีความเครียดบ่อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่จนอาจเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการได้รับสารเคมีที่ อยู่ในบุหรี่ซึ่งมีมากกว่า 4,000 ชนิดเมื่อเกิดการเผาไหม้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) และการได้ เริ่มสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่นำไปสู่การทดลองสูบ โดยเกิดจากความกดดันและ แรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อง่าย ความอยากรู้อยากทดลอง (ใจชื่น ตะเภาพงษ์, 2550) และ อาจสูบจนเป็นพฤติกรรมถาวรซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาซึ่งอธิบายได้ว่า สารใน บุหรี่ทำให้การสร้าง 5-hydroxyindole acetic acid (5-HIAA) ซึ่งอยู่ใน cerebrospinal fluid (CSF) ลดลง ส่งผลให้ลดการสร้างและหลังสารสื่อประสาท serotonin และ/หรือ dopamine ใน สมอง เป็นผลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Riala et al., 2007)

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่สูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ (Whitbeck et al., 2009) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนที่จะมีอาการทางจิตและพฤติกรรมการสูบบุหรี่นี้มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางด้านร่างกาย (Smith et al., 2009) อีกทั้งการสูบบุหรี่เป็นเวลานานก็มีความสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดสูงขึ้นไป (high doseages) และอาจต้องใช้เวลารักษายาวนานผู้ป่วยจึงเกิดความเครียด วิตกกังวลกับโรคที่เป็นจนเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Kaplan and Sadock, 1997)

4.3.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เกี่ยวกับลักษณะการสูบ จากสถานการณ์

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ซึ่งเมื่อศึกษาสถานภาพการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ และเพศ โดยสถานภาพการสูบบุหรี่แบ่งได้เป็น 3 ประเภท (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551) คือ

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smoker) คือ ผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวน และในขณะนี้ยังสูบบุหรี่อยู่
2. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (regular smoker) คือ ผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวน และในขณะนี้ยังสูบบุหรี่เป็นประจำ อาจเว้นบ้างในบางวันที่ไม่สบายแล้วก็กลับมาสูบบุหรี่ทุกวันอีก
3. ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (former or ex-smoker) คือ ผู้ที่เคยสูบแต่ขณะนี้เลิกแล้ว และมีคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการสูบบุหรี่สูง เนื่องจากพันธุกรรม พบว่า มีพันธุกรรมร่วมกันระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคทางจิตเวช จาก Self-medication โดยผู้ป่วยสูบบุหรี่เพื่อช่วยเรื่อง อาการทางจิต หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยากลุ่มรักษาโรคจิตเวช และจากปัจจัยทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อม เช่น เครียด ความจน การศึกษาน้อย ไม่มีงานทำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้สูบบุหรี่และเป็นการเพิ่มอาการแสดงทางจิตให้มากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552) และจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโดยกรมสุขภาพจิต พบความน่าสนใจว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตประสาทมีหลักฐานการศึกษาพบมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าประชากรทั่วไป 2-4 เท่า

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้านร่างกายที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความต้องการนิโคตินของร่างกาย ความต้องการทางด้านอารมณ์ สิ่งแวดล้อมและแรงเสริมจากเพื่อน ใช้เวลาประมาณ 2-3 ปี วัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมการสูบ

บุหรี่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพราะทนต่ออาการถอนฤทธิ์ยานิโคติน ความเครียด ความกดดันทางสังคม และการควบคุมตนเองไม่ได้ (ใจชื่น ตะเกาพงษ์, 2550)

ความสัมพันธ์ของลักษณะการสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น สามารถพบได้ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่แล้วติดจนขาดไม่ได้ต้องสูบเป็นประจำ และกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่สูบเป็นครั้งคราวอาจจะติดหรือไม่ติดก็ได้ โดยผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การสูบบุหรี่มาก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย ส่งผลให้การดำเนินของอาการทางจิตรุนแรงขึ้น หรือมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคทางจิตเวชบ่อยยิ่งขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะร่วมที่ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (จอมภัก คัลงระหัด, ชนนิกันต์ บุญนาค และลลิตา เรืองวิไลเวทย์, 2549)

4.3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เกี่ยวกับระดับการเสพติดนิโคติน หมายถึง การสูบบุหรี่ในลักษณะที่ต้องมีการเพิ่มจำนวนมวนขึ้น หรือไม่สามารถลด/เลิกสูบบุหรี่ได้จากการติดสารเสพติดชนิดนิโคติน (nicotine) ที่อยู่ในบุหรี่ โดยหากหยุดหรือได้รับไม่เพียงพอตามที่สมองต้องการก็จะเกิดอาการขาดนิโคตินและมีผลต่อร่างกายในทางลบ ซึ่งเกิดจากปัจจัยการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ หรือร่วมกับฤทธิ์ของนิโคติน และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยผลของนิโคตินทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย และเกิดมีทัศนคติ ความเชื่อหรือรู้สึกดีต่างๆ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

การเสพติดบุหรี่ สามารถแบ่งปัจจัยการเสพติดออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ฤทธิ์ของนิโคติน ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยการเสพติดอาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือเกิดจากกลไกทั้งสอง หรือสามกลไกร่วมกัน และสำหรับกลไกการติดนิโคติน (nicotine) ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในใบยาสูบ โดยทั่วไปในบุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินอยู่ประมาณ 10-15 มิลลิกรัม ขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ สำหรับการเสพติดเมื่อนิโคตินจากบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจะถูกส่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง และจะออกฤทธิ์โดยจะจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบได้บริเวณ VTA ของ brain reward pathway ก็จะทำให้มีการหลั่งของโดปามีนออกมาจากปลายประสาทมากขึ้น ทำให้มีความรู้สึกสุขใจ สบายใจ มีอารมณ์เป็นสุข และลดความอยากอาหาร นอกจากนี้นิโคตินยังเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทตัวอื่นๆ อีกด้วย (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ทั้งนี้ความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ สามารถประเมินโดยวัดระดับการเสพติดนิโคตินที่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบ การสูบบุหรี่

มวนแรกหลังตื่นนอน ความรู้สึกหากไม่ได้สูบเป็นระยะเวลาาน และความต้องการสูบบุหรี่เมื่อป่วยต้องนอนบนเตียงเกือบตลอดเวลา

การประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในเด็กและวัยรุ่นทำได้ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่ชื่อว่า Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ซึ่งเป็นแบบประเมินจำนวน 7 ข้อ สำหรับการแปลผล FTND จากคะแนน 9 คะแนน หากประเมินได้คะแนน 7-9 คะแนน แสดงว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินมาก หากประเมินได้คะแนน 4-6 คะแนน แสดงว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินปานกลาง และหากคะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน แสดงว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินเล็กน้อย

ความสัมพันธ์ของระดับการเสพติดนิโคตินกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มป่วยทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี พบความชุกของพฤติกรรมสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการเสพติดนิโคตินในระดับสูง (ธัญชนก จิงา, 2546) และจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราต่างๆ ยังพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งระดับการเสพติดนิโคตินในทางชีววิทยา มีการกล่าวถึงระดับนิโคตินที่ส่งผลต่อการหลังของสารสื่อประสาทและมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียด โดยในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นก็เช่นกันที่พบว่าการเสพติดนิโคตินในระดับสูงจะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยตามมาได้ (American Psychiatric Association, 2006)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์ชนก โยธินัชชวาล (2539) ได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งพบว่าสาเหตุความเจ็บป่วยทางจิตของบุตร ตามความคิดเห็นของบิดามารดาส่วนใหญ่ คือ ยาเสพติด รองลงมา เป็นปัญหากับเพื่อน และปัญหาเรื่องการเรียน ซึ่งปัญหาการเรียนของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การเรียนตกต่ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้ และมีพฤติกรรมขาดเรียน ซึ่งทั้งหมดส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่อาจพบภาวะซึมเศร้าร่วมหรืออาจทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น และเป็นบทบาทที่ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ

Kaplan and Sadock (1997) ได้รายงานผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และหลายการศึกษาที่รายงานสอดคล้องกันว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดสูงขึ้นไป (high dosages) ถึงแม้ว่าจะยังไม่ชัดเจนนักในผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยอาจมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้เกี่ยวกับสุราหรือ Alcohol dependence และอีก 2 ชนิดที่พบบ่อย คือ กัญชา ประมาณร้อยละ 15-20 และโคเคนร้อยละ 5-10 ซึ่งการติดสุราและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ และการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ทำให้พบว่าการพยากรณ์ของโรคค่อนข้างแย่ง

Mueller และคณะ (1994) พบว่า การติดสุราและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เป็นอาการสำคัญในผู้ติดสุราโดยพบได้ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 70 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cornelius และคณะ (1995) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงพบได้มากที่สุดในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา และสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็อมเดอนเนตรแชม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก ผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนด้อยกว่าคนอื่น และปัญหาด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ติดสุรา คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำทำให้ผู้ติดสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ง่าย

ปริยานันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.0 และพบว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท หลายการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดสูง เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มอัตราการเผาผลาญของยาเหล่านี้ ในทางกลับกันพบว่าการสูบบุหรี่จะลดการเกิดอาการพาร์กินสัน ซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านโรคจิต ที่อาจจะเป็นไปได้เพราะสารนิโคตินไปมีผลต่อระบบโดปามีน จากการศึกษาพบว่า สารนิโคตินเพิ่มอาการทางจิตเชิงบวก ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสารนิโคตินไปลดการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก

Subramaniam, Harrell, Huntley, และ Tracy (2009) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Beck ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งจะมีการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งพบว่าทุกโรคทางจิตเวช รวมถึงการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น

งานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1996) พบว่าการหย่าร้างของบิดามารดา เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ทาง คือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ง่าย

การศึกษาของ Karno and Norquist (1995) กล่าวถึงสังคมและเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องรายได้ อาชีพ การศึกษา และสถานที่อยู่อาศัยโดยส่วนใหญ่โรคจิตเภทพบมากในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่าจะพบน้อยกว่า เป็นเพราะการที่อยู่ในสังคม เศรษฐกิจระดับต่ำทำให้เกิดโรคจิต ในทางตรงกันข้ามอธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีรายได้ลดลง ยากจนลง จึงกลายเป็นผู้ที่อยู่ในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำและพบภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วยได้

เครื่องมือ ดนัยสวัสดิ์ และกนกวรรณ บุญอริยะ (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความแตกต่างในด้านอาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ กาวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันไปด้วย

Lasko และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่า่นั้นมีความใกล้ชิดกับบิดาและมารดาต่ำ งานวิจัยของ Sheeber และคณะ (1997) พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมากทั้งในปัจจุบันและการเกิดในอนาคตในช่วง 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1998) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร่าร่วมกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ความขัดแย้งของบิดามารดาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือกระบวนการหย่าร้างในครอบครัวก็เป็นสิ่งก่อกำเนิดความยุ่งยากทางอารมณ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน

Whitbeck และคณะ (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและระยะเวลาที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่กับอาการซึมเศร้าในชนพื้นเมืองวัยรุ่นพบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ โดยเพศชายที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรือนานกว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า ดังนั้นระยะเวลาของการสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้

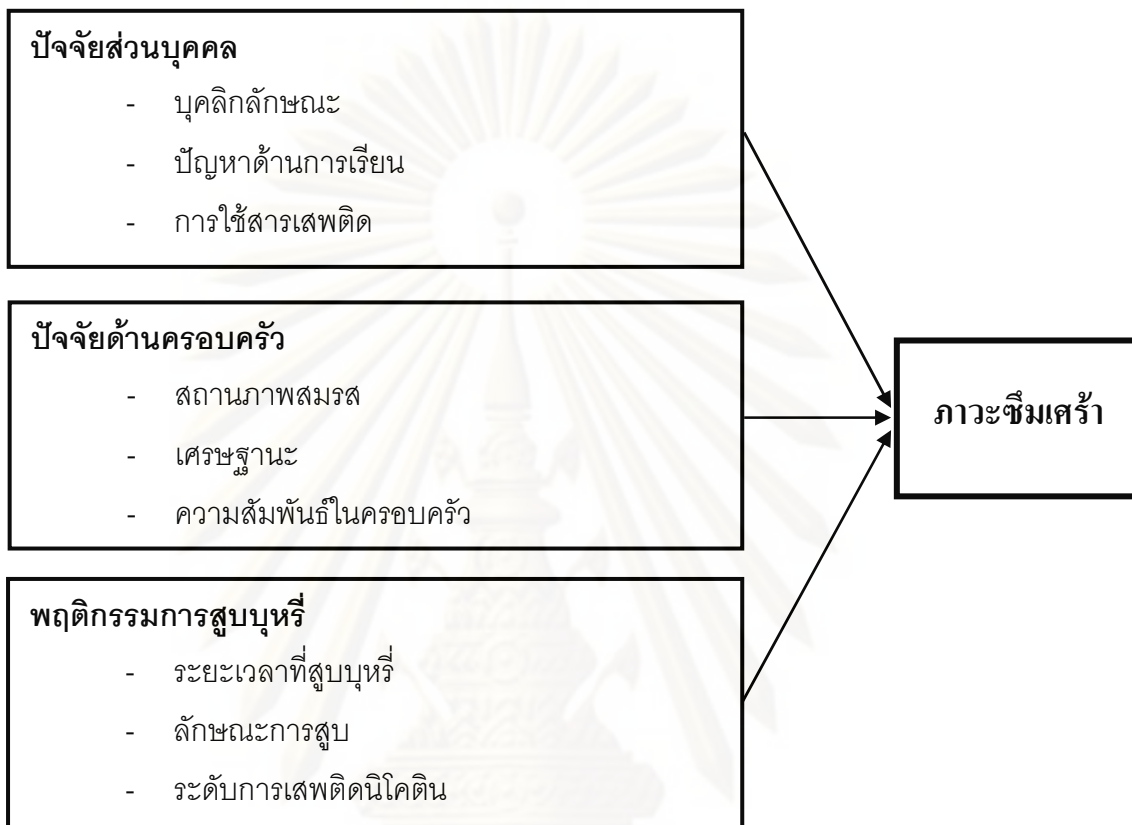
Smith และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยทำนายการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตในระยะเริ่มแรก และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนที่จะมีอาการทางจิตและพฤติกรรมการสูบบุหรี่นี้มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางด้านร่างกาย และปัจจัยที่ทำนายการเริ่มต้นสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การสัมผัสผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และบิดามารดามีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ

ธัญชนก จิงา (2546) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะสติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 แต่มีอาการเริ่มป่วยทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินในระดับสูง

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นภาวะร่วมที่มีความหมายซับซ้อน มีหลายปัจจัย หลายสาเหตุที่ส่งผลเป็นองค์ประกอบให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และสำหรับประเทศไทยนั้นภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นยังมีการศึกษาน้อยมาก จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางในการบริการพยาบาลที่จะสามารถดำเนินการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตัวแปรต่างๆ ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชโดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือแผนกผู้ป่วยใน สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชโดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือเป็นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) รับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และเป็นตัวแทนของประชากร

- 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (psychosis) ทุกคนซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS ได้คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 30 คะแนน เพราะเป็นระดับคะแนนที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย โดยดูคะแนนการตรวจอาการทางจิตอย่างน้อย 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจากแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย (OPD card)

3) สามารถอ่านออกและเขียนได้ หรือเข้าใจความหมายของคำถามหากต้องอ่านแบบสอบถามให้ฟัง และสามารถตอบคำถามได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง

4) เคยมีหรือมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำหรือครั้งคราวเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้ได้คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์และการพยากรณ์ภาวะซีมเศร้า

5) มีอายุ 11-20 ปี เพราะเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นของผู้ป่วยจิตเวช

6) ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นและผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) โดยคำนวณจาก $N \geq 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 11 ตัวแปร และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าทั้งหมดจำนวน 176 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจะมีอำนาจในการทดสอบมากยิ่งขึ้น (Gersten, Baker, and Loyd, 2000)

2. วิธีการสุ่มโรงพยาบาล โดยการสุ่มโรงพยาบาลหรือสถาบันแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ด้วยวิธีการสุ่มเลือกสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งได้มา 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

3. การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเลือกผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทุกรายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน และสำหรับแผนกผู้ป่วยในได้ให้ผู้ช่วยวิจัยเลือกผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทุกรายที่รับการรักษาอยู่ประจำแต่ละตึกผู้ป่วย ซึ่งทั้ง 2 แผนกจะเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) จากโรงพยาบาลและสถาบันทั้ง 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และ

โรงพยาบาลศรีธัญญา จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าครบตามจำนวนทั้งสิ้น 176 คน ซึ่งในการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมด 286 คน โดยใช้เวลาระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2553

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง

โรงพยาบาล/สถาบัน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (คน)	ร้อยละ
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	42	26	61.90
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	96	59	61.45
โรงพยาบาลศรีธัญญา	148	91	61.48
รวม	286	176	61.54

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากรครอบคลุมตัวแปร 4 ตัวแปร มีจำนวน 9 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้/ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตเวช ลักษณะคำถามมี 2 ลักษณะคือ เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 2 ข้อ มีคำตอบให้เลือกหลายคำตอบ จำนวน 5 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ โดยให้เติมคำตอบและผู้วิจัยสำรวจข้อมูลจากทะเบียนประวัติ

ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้คะแนนของแต่ละตัวแปรในการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ปัญหาด้านการเรียน ใช้จำนวนด้านที่มีปัญหาคิดเป็นคะแนน ซึ่งมี 5 ด้าน และให้คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน
- 2) การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) ใช้จำนวนชนิดของสารเสพติดที่เคยทดลอง/ใช้ ซึ่งมี 7 ชนิด และให้คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน

3) เศรษฐฐานะของครอบครัว ใช้ระดับของรายได้ซึ่งมี 5 ระดับ และให้คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน เรียงตามลำดับของรายได้จากน้อยไปหามาก

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ โดยผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามบุคลิกภาพ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ Extraversion, Neuroticism และ Psychoticism ของ นภาพร ลัคไนท์ย (2551) ซึ่งแปลและพัฒนามาจาก Francis, Brown and Philipchalk (1996) ตามแนวคิดของ Hans Eysenck (1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ Extraversion ($\alpha=0.84$), Neuroticism ($\alpha=0.82$) และ Psychoticism ($\alpha=0.69$) โดยแบบวัดมีลักษณะให้เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประกอบด้วย

1. Extraversion เป็นบุคลิกภาพแบบแสดงตัวซึ่งมีลักษณะชอบเข้าสังคม มีชีวิตชีวา ชอบความท้าทาย จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 2, 4, 10, 12, 15, 18

2. Neuroticism เป็นบุคลิกภาพที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ มีแนวโน้มโรคประสาท ซึ่งมีลักษณะเครียด ซึมเศร้า เจ้าอารมณ์ ไม่นับถือตนเอง มองโลกในแง่ร้าย จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1, 7, 8, 11, 14, 16

3. Psychoticism เป็นบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มจะเห็นแก่ตัว ก้าวร้าว เย็นชา มักไม่คิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น หุนหันพลันแล่นต่อต้านสังคม และยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 3, 5, 6, 9, 13, 17

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16 และ 18 ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ใช่ ให้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 3, 12, 13, 15 และ 17 ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ใช่ ให้ 0 คะแนน

ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน

การแปลผล โดยหากมีคะแนนในองค์ประกอบใดสูงสุด ก็จะแปลผลให้ผู้ปวามีลักษณะบุคลิกภาพอยู่ในกลุ่มบุคลิกภาพนั้น ในการวิจัยนี้จะใช้คะแนนบุคลิกลักษณะ

Neuroticism และ Psychoticism ของแต่ละบุคลิก ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0-6 คะแนน ในการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ของเสาวลักษณ์ ดังการ์พินท์ (2546) ในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นโดยพิจารณาโครงสร้างของเนื้อหาและสร้างข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งตรวจสอบโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน	จำนวน 1 ข้อ
การให้ของขวัญกันในโอกาสต่างๆ	จำนวน 1 ข้อ
การใช้เวลาร่วมกัน	จำนวน 1 ข้อ
ความห่วงใยที่มีต่อกัน	จำนวน 1 ข้อ
การปรึกษากัน	จำนวน 1 ข้อ
ความสนใจในศาสนา	จำนวน 1 ข้อ
การดูแลช่วยเหลือหรือการอบรมเลี้ยงดู	จำนวน 1 ข้อ
การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน	จำนวน 2 ข้อ
ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว	จำนวน 1 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ให้คะแนน
สม่ำเสมอ	5
บ่อย/ทุกโอกาส	4
บางครั้ง	3
นานๆ ครั้ง	2
ไม่เคยเลย	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยจัดระดับคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวรายข้อในงานวิจัยนี้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน จำนวนชั้นหรือระดับที่

ต้องการเท่ากับ 3 จึงได้คะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 1.33 และแปลความหมายได้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2546) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ของ Global Youth Tobacco Survey (2008) ฉบับภาษาไทย ผสมกับแบบบันทึกประวัติผู้ที่ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในเด็กและวัยรุ่น (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Prokhorv and Niaura, 1996) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

สอบถามเกี่ยวกับอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่	จำนวน 1 ข้อ
สอบถามลักษณะการสูบบุหรี่	จำนวน 1 ข้อ
สอบถามประสพการณ์และความพยายามเลิกสูบบุหรี่	จำนวน 3 ข้อ
แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน	จำนวน 7 ข้อ

ในการวิจัยนี้จะใช้คะแนนของตัวแปรระยะเวลาที่สูบบุหรี่ในการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้ระยะเวลาเป็นจำนวนปีที่สูบซึ่งมีเวลาระหว่าง 1-11 ปี ซึ่งให้คะแนนระหว่าง 1-11 คะแนน

แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน มีรายละเอียดข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีคะแนน 0-1 คะแนน และกลุ่มที่มีคะแนน 0-2 ดังนี้

ข้อความ	การให้คะแนน
คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	
น้อยกว่า 1 มวน	0
1-10 มวน	0
11-20 มวน	1
มากกว่า 20 มวน	2
คุณสูดควันเข้าปอดหรือไม่	
ไม่เคยเลย	0
นานๆครั้ง	1

ข้อความ	การให้คะแนน
บ่อยครั้ง	1
ทุกครั้งที่คุณ	2
หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่แรกเมื่อไร ?	
ช่วงเย็น	0
ช่วงบ่าย	0
มากกว่า 30 นาที	1
ภายใน 30 นาที	1
บุหรี่ยี่สิบไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด ?	
มวนอื่นช่วงเย็น	0
มวนอื่นหลังบ่ายโมง	0
มวนอื่นๆก่อนบ่าย	1
มวนแรกตอนเช้า	1
คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ (วัด โรงภาพยนตร์ ห้องสมุด)	
ไม่ลำบากใจเลย	0
ไม่ค่อยลำบากใจ	0
ค่อนข้างลำบากใจ	1
ลำบากใจมาก	1
คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่	
ไม่เคย	0
บางครั้ง	0
บ่อยครั้ง	1
เป็นประจำ	1
คุณสูบบุหรี่จัดภายใน 2 ชั่วโมง หลังตื่นนอนมากกว่าเวลาอื่นของวัน	
ไม่ใช่	0
ใช่	1

การคิดคะแนนและแปลผล Fagerstrom Test for Nicotine Dependence เพื่อประเมินเด็กและวัยรุ่น (FTND) มีค่าคะแนนกำหนดให้คำตอบในแต่ละข้อ โดยมีคะแนนรวม 9 คะแนน และการแปลผลระดับการเสพติดนิโคตินมีตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนน 7-9	คะแนน หมายถึง	มีระดับการเสพติดนิโคตินมาก
คะแนน 4-6	คะแนน หมายถึง	มีระดับการเสพติดนิโคตินปานกลาง
คะแนน 0-3	คะแนน หมายถึง	มีระดับการเสพติดนิโคตินเล็กน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้แบบประเมินมาตรฐานของ Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (อูมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองอาการซึมเศร้าประเภทตอบด้วยตนเอง แบบคัดกรองนี้เป็นแบบวัดชนิด 4-point Likert-type. ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่า Internal consistency estimate เท่ากับ .86 และจุดตัดสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย เท่ากับคะแนนที่ 22 โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85 และค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .82 มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การคิดคะแนนและแปลผล Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ทำโดยนำคะแนนรวมทุกข้อคำถามมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า ในงานวิจัยนี้ จำนวนขั้นหรือระดับที่ต้องการเท่ากับ 3 ระดับ จึงได้คะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 12.66 และแปลความหมายได้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2546) ดังนี้

คะแนน 46.01-60.00	คะแนน หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง
คะแนน 34.01-46.00	คะแนน หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนน 22.00-34.00	คะแนน หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์

จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของช่วงคะแนนที่ใช้ และขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

ผลการตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณา มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ความเห็นชอบข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมากของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งห้าส่วน คือ .92, .87, .87, .83 และ .90 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความตรงของเนื้อหาผ่านเกณฑ์ โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Polit and Beck, 2008)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออกและปรับภาษาให้กระชับ เข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ประเด็นดังนี้

1. ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ปรับข้อความในข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

1.1 แบบวัดบุคลิกภาพ ควรปรับข้อคำถาม ข้อที่ 1, 3, 11, 13 และ 14 ซึ่งได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ

1.2 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 12 ซึ่งได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ และพิจารณาตัดข้อคำถามข้อ 6 และ 8 เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่น

2. ความต่อเนื่องและเกณฑ์การวัด เพื่อให้เกณฑ์การวัดเหมาะสม และผู้ป่วยตัดสินใจง่ายในการตอบคำถาม

แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้ใช้การวัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัว ได้ปรับปรุงโดยตัดความหมายของมาตรวัดออก เนื่องจากตัวมาตรวัดมีความหมายเข้าใจง่าย ตรงตัวอยู่แล้ว

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดบุคลิกภาพ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่โรงพยาบาลศรีธัญญาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบวัดบุคลิกภาพ	
Extraversion	.85
Neuroticism	.84
Psychoticism	.73
แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว	.85
แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน	.92
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ติดต่อผู้ช่วยวิจัยที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 3 ท่าน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จำนวน 1 ท่าน และนิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน สำหรับเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยผู้ช่วยวิจัยทุกคนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชมาแล้วทั้งสิ้น

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การนำเครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนน และวิธีการให้คะแนนของเครื่องมือทุกส่วนอย่างละเอียด

1.3 อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม

1.4 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองถามผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับผู้วิจัยก่อนเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจง่ายขึ้น และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติม

ในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจข้อความคำถาม หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จำนวน 2 คน และผู้วิจัยเป็นคนสังเกต เพื่อให้ได้ความหมายของเครื่องมือแต่ละข้อความคำถามตรงกัน

1.5 หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้วางแผนร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่กำหนด

2. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานและเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการค้นหากลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแยกเก็บข้อมูลในแต่ละแห่ง โดยขอพบกลุ่มตัวอย่างก่อนรับการตรวจรักษา เพื่อแนะนำตนเอง แจกวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมวิจัย เมื่อมีคุณสมบัติครบผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิทักสิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2.4 เมื่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยก็จะอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการอ่านผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความคำถามให้ฟัง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบอีกครั้ง

2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตั้งแต่ข้อ 2.3-2.4 จนได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าครบตามจำนวนทั้งสิ้น 176 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 286 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อ 1 และ 8 มีนาคม พ.ศ. 2553 ตามลำดับ ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเริ่มจากการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยจะใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 25 นาที และไม่ต้องระบุชื่อสกุลในแบบสอบถาม โดยข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้/ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิต และพฤติกรรมการสูบบุหรี่นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า โดยการหาช่วงคะแนน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้า
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยจะแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ตามประเภทมาตรวัดของตัวแปรอิสระ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้ 3 แบบ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ Eta (η), ค่าสัมประสิทธิ์ Spearman (ρ) และค่าสัมประสิทธิ์ Pearson (r)

5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง $\pm .70$ ถึง ± 1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง $\pm .30$ ถึง $\pm .69$	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าต่ำกว่า $\pm .29$	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

6. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนสถานภาพสมรสนั้น เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดว่าตัวแปรที่นำมาเป็นตัวแปรทำนายจะต้องเป็นตัวแปรระดับอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไปดังนั้นในการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้ สถานภาพสมรสมั่นคง (สมรส/อยู่ด้วยกัน) เท่ากับ 0 และสถานภาพสมรสไม่มั่นคง (หย่า/แยกกันอยู่, บิดาหรือมารดาเสียชีวิต, และเสียชีวิตทั้งคู่) เท่ากับ 1 และลักษณะการสูบบุหรี่ โดยให้การสูบบุหรี่เป็นประจำ เท่ากับ 1 และการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว เท่ากับ 2

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่รับบริการในสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลทั้ง 3 แห่ง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 286 ฉบับ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Method) ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตอนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 5 ปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และระดับการเสพติดนิโคติน โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 6 บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้า โดยนำมาหาพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตอนที่ 8 การพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าโดยการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรแทนตัวแปรและสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

\bar{X}	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
R ² change	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอย
F	หมายถึง	อัตราส่วนเอฟ (F) ที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
Beta	หมายถึง	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
b	หมายถึง	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
Sig	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบ
Constant (a)	หมายถึง	ค่าคงที่

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 286)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	203	70.98
หญิง	83	29.02
อายุ		
11-13	68	23.78
14-16	110	38.46
17-20	108	37.76
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	23	8.04
ป. 1 – ป. 6	78	27.28
ม. 1 – ม. 3	124	43.35
ม. 4 – ม. 6	37	12.94
ปวช. / ปวส.	21	7.34
ปริญญาตรี	3	1.05

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.98 รองลงมาเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 29.02 มีอายุระหว่าง 14-16 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมา มีอายุระหว่าง 17-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.76 ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับ ม.1-ม.3 คิดเป็นร้อยละ 43.35 รองลงมาศึกษาอยู่ในระดับ ป.1-ป.6 คิดเป็นร้อยละ 27.28

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-IV

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. Depressive Disorder and Bipolar Disorder	47	16.43	37	78.72
2. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder	64	22.37	45	70.31
3. Substance – Related Disorders	34	11.88	23	67.64
4. Schizophrenia	42	14.69	28	66.67
5. Conduct disorder	26	9.10	16	61.54
6. Mental retardation (Mild) and Learning Disorders	17	5.95	7	41.17
7. Other Disorders of Adolescence	56	19.58	20	35.71
รวม	286	100.00	176	61.53

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทั้งหมด 286 คน ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-IV เป็นโรค Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder คิดเป็นร้อยละ 22.37 รองลงมาคือโรค Other Disorders of Adolescence คิดเป็นร้อยละ 19.58 และเป็นโรค Depressive Disorder and Bipolar Disorder คิดเป็นร้อยละ 16.43, โรค Schizophrenia คิดเป็นร้อยละ 14.69, Substance – Related Disorders คิดเป็นร้อยละ 11.88, โรค Conduct disorder คิดเป็นร้อยละ 9.10, โรค Mental retardation (Mild) and Learning Disorders คิดเป็นร้อยละ 5.95

และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็น Depressive Disorder and Bipolar Disorder มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.72 และรองลงมาเป็น Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Substance–Related Disorders, Schizophrenia, Conduct disorder, Mental retardation (Mild) and Learning Disorders และ Other Disorders of Adolescence คิดเป็นร้อยละ 70.31, 67.64, 66.67, 61.54, 41.17 และ 35.71 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 286 คน มีภาวะซึมเศร้า	
		จำนวน	ร้อยละ
สูง	(46.01-60.00 คะแนน)	8	5.55
ปานกลาง	(34.01-46.00 คะแนน)	44	25.00
เล็กน้อย	(22.00-34.00 คะแนน)	124	70.45
รวม		176	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจากทั้งหมด 286 คน มีภาวะซึมเศร้า 176 คน โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 70.45 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.00 และพบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงมีเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.55

ตอนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลิกลักษณะ แยกตามกลุ่มบุคลิกภาพ

บุคลิกลักษณะ	จำนวน (N=286)	
	จำนวน	ร้อยละ
Extraversion	31	10.84
Psychoticism	96	33.57
Neuroticism	159	55.59

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีบุคลิกลักษณะแบบ Neuroticism มากสุด จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 55.59 รองลงมามีบุคลิกลักษณะแบบ Psychoticism จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 33.57 และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีบุคลิกภาพแบบ Extraversion เป็นจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.84

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาด้านการเรียน (N = 286)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาด้านการเรียน		
ผลการเรียนตก	177	61.88
ขาดเรียนบ่อย	103	36.02
ขัดแย้งกับเพื่อน	144	50.35
ขัดแย้งกับครู	66	23.08
มีปัญหาเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน	183	63.99

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีปัญหาการเรียนแต่ละประเภทดังนี้ ปัญหาด้านผลการเรียนตก คิดเป็นร้อยละ 61.88 ปัญหาด้านขาดเรียนบ่อย คิดเป็นร้อยละ 36.02 ปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 50.35 ปัญหาขัดแย้งกับครู คิดเป็นร้อยละ 23.08 และมีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 63.99

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการทดลอง/ใช้สารเสพติดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 286)	ร้อยละ
การทดลอง/ใช้สารเสพติดอื่นๆ(ไม่ใช่บุหรี่)		
ไม่ใช้	152	53.15
ใช้	134	46.85
ชนิดของสารเสพติดที่เคยทดลอง/ใช้		
สุรา	112	39.16
ยาบ้า	47	16.43
กัญชา	38	12.24
กระท่อม	36	12.58
สารระเหย เช่น กาว, ทินเนอร์	28	9.79
ยาเสพติด/ยาอื่น	14	4.89
เฮโรอีน	7	2.45

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนมากไม่เคยทดลองใช้ หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 53.15 และมีการทดลองใช้ หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 46.85 ซึ่งกลุ่มที่มีการทดลองใช้หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) มีการใช้สูรามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.16

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้/ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน (N = 286)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	169	59.09
หย่า/แยกกันอยู่	80	27.97
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	31	10.85
เสียชีวิตทั้งคู่	6	2.09
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	72	25.17
5,001-10,000 บาท	100	34.97
10,001-20,000 บาท	60	20.98
20,001-30,000 บาท	24	8.39
30,001 บาทขึ้นไป	30	10.49
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
พอใช้	127	44.41
ไม่พอใช้	159	55.59
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ระดับสูง (3.86-5.00 คะแนน)	86	30.07
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	142	49.65
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	58	20.28

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนมากบิดามารดามีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.09 รองลงมามีสถานภาพหย่าหรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 27.97 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.97 รองลงมียาได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.17 และมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนมากไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 55.59 ส่วนมากมีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.65 รองลงมามีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.07

ตอนที่ 5 ปัจจัยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และระดับการเสพติดนิโคติน

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (N = 286)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		
0-3	222	77.60
4-6	50	17.40
7-11	14	5.00
ลักษณะการสูบบุหรี่		
สูบเป็นประจำทุกวัน	59	20.63
สูบเป็นครั้งคราว	227	79.37
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่		
ไม่เคยคิดจะเลิก	67	23.42
คิดและตั้งใจจะเลิกใน 6 เดือนข้างหน้า	56	19.58
คิดและตั้งใจจะเลิกใน 1 เดือนข้างหน้า	61	21.33
กำลังเลิก/เลิกได้แล้วนานเกิน 6 เดือน	102	35.67
ระดับการเสพติดนิโคติน		
ติดระดับมาก (7-9 คะแนน)	27	9.44
ติดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	147	51.40
ติดระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน)	112	39.16

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนมากมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 0-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.60 ลักษณะการสูบบุหรี่เป็นแบบครั้งคราวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.37 และส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยกำลังเลิก/เลิกได้แล้วนานเกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.67 รองลงมาไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 23.42 และระดับการเสพติดนิโคตินส่วนมากติดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.40

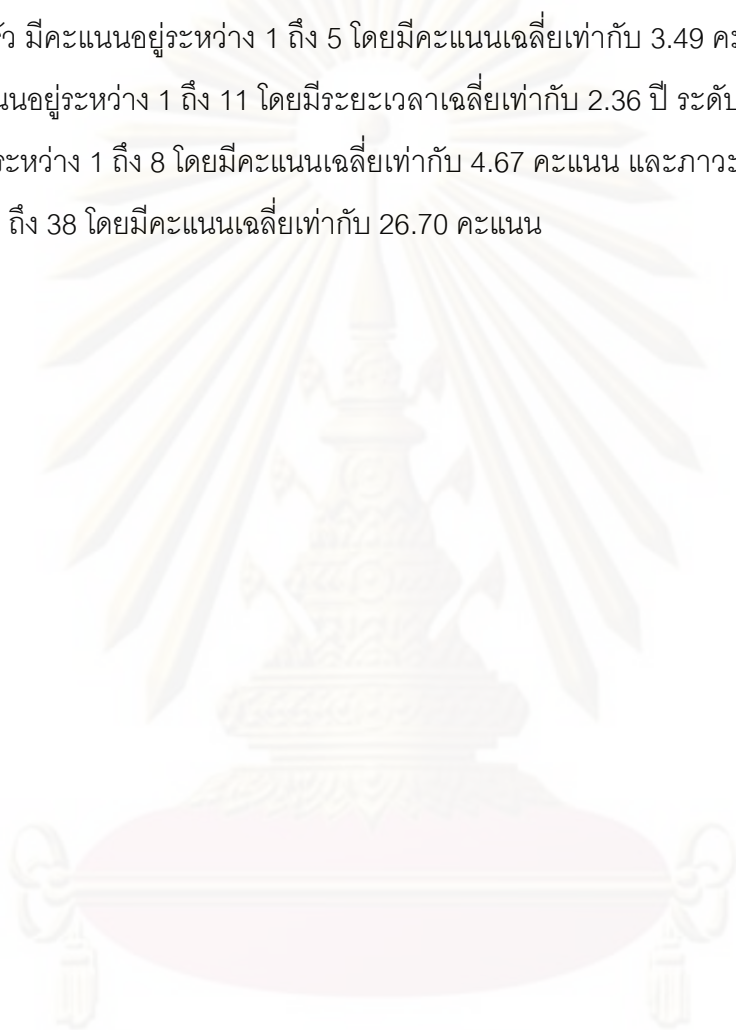
ตอนที่ 6 บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้า โดยนำมาหาพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของบุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้า (N = 176)

ตัวแปร	Range	\bar{X}	SD
บุคลิกลักษณะ			
Neuroticism	2-6	3.27	1.52
Psychoticism	1-6	2.26	1.24
ปัญหาด้านการเรียน			
การใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ไม่ใช่บุหรี่)	0-6	3.06	1.18
เศรษฐานะของครอบครัว			
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	1-5	3.49	1.20
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่			
ระดับการเสพติดนิโคติน	1-8	4.67	1.34
ภาวะซึมเศร้า			
	22-38	26.70	2.82

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีค่าคะแนนของบุคลิกภาพ Neuroticism อยู่ระหว่าง 2 ถึง 6 โดยมีคะแนนบุคลิกภาพ Neuroticism เฉลี่ยเท่ากับ 3.27 บุคลิกภาพ Psychoticism ระหว่าง 1 ถึง 6 โดยมีคะแนนบุคลิกภาพ Psychoticism เฉลี่ยเท่ากับ 2.26 ปัญหาการเรียนมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 5 คะแนน โดยมีปัญหาการเรียน

เฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ปัญหา การใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ไม่ใช่บุหรี่) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 6 คะแนน โดยมีการใช้สารเสพติดเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ชนิด เศรษฐฐานะของครอบครัว มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 4 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 2.40 คะแนน (5,001-10,000 บาท/เดือน) ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 11 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ปี ระดับการเสพติดนิโคติน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 คะแนน และภาวะซึมเศร้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22 ถึง 38 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.70 คะแนน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และ การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และ การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (N = 176)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ Eta(η)	ค่าสัมประสิทธิ์ Spearman(ρ)	ค่าสัมประสิทธิ์ Pearson(r)
ปัจจัยส่วนบุคคล			
Neuroticism		.278*	
Psychoticism		.094	
ปัญหาด้านการเรียน		.254*	
การใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ไม่ใช่บุหรี่)	.087		
ปัจจัยด้านครอบครัว			
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	.048		
เศรษฐานะของครอบครัว		-.045	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			-.216*
ปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่			
ระยะเวลาสูบบุหรี่		.369*	
ลักษณะการสูบ		.125	
ระดับการเสพติดนิโคติน			.434*

*p < .05

จากตารางที่ 11 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ บุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระดับต่ำ ($r = .278$) ปัญหาด้านการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระดับต่ำ ($r = .254$) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระดับต่ำ ($r = -.216$) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระดับปานกลาง ($r = .369$) ระดับการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระดับปานกลาง ($r = .434$)

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (N = 176)

ตัวแปร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Depress
Neuroticism (1)	1.00										
Psychoticism (2)	.46*	1.00									
ปัญหาด้านการเรียน (3)	.15*	.16*	1.00								
การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (4)	.23*	.26*	.28*	1.00							
สถานภาพสมรส (5)	.42*	.53*	.12	.21*	1.00						
เศรษฐกิจ (6)	-.19*	-.25*	-.16*	-.07	-.23*	1.00					
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (7)	-.30*	-.35*	-.14	-.09	-.36*	.33*	1.00				
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (8)	.11	.06	.08	.23*	.07	.04	-.13	1.00			
ลักษณะการสูบบุหรี่ (9)	-.08	-.12	-.19*	.32*	-.11	.08	.13	-.35*	1.00		
ระดับการเสพติดนิโคติน (10)	.03	.03	.14	.15*	.01	-.12	-.19*	.28*	-.47*	1.00	
ภาวะซึมเศร้า (Depress)	.05	.04	.25*	.08	.05	-.04	-.22*	.02	-.13	.43*	1.00

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เป็นข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ในการพิจารณา Multicollinearity เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรพยากรณ์ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ซึ่งการมีอยู่ของความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์จะมีปัญหาที่จะนำไปสู่การไม่คงที่ของสัมประสิทธิ์การถดถอยทั้งขนาดและเครื่องหมาย และยังมีผลเกี่ยวกับการมีนัยสำคัญของ R^2 รวม แต่ไม่มีผลกับตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว ซึ่ง Multicollinearity จะมีผลโดยทั่วไปของการประมาณค่าในโมเดลการถดถอย

จากตารางการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าค่าสัมประสิทธิ์

ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าอยู่ระหว่าง $\pm .01$ - $\pm .53$ ($\pm .90$ มีความสัมพันธ์ในระดับสูง) อธิบายได้ว่า ตัวแปรพยากรณ์ไม่มีลักษณะเป็น Multicollinearity

ตอนที่ 5 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (N = 176)

ตัวพยากรณ์	b	Beta	t
ปัจจัยส่วนบุคคล			
Neuroticism	.712	.165	3.526*
Psychoticism	.372	.235	1.526
ปัญหาด้านการเรียน	.826	.199	2.863*
การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ	.024	.006	.012
ปัจจัยด้านครอบครัว			
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	-.057	-.009	-.118
เศรษฐานะ	.401	.098	1.390
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	-.972	-.157	-2.093*
ปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่			
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่	.388	.158	2.180*
ลักษณะการสูบ	.495	.039	.474
การเสพติดนิโคติน	1.345	.495	6.437*
Constant (a)	19.429		
R = .556	R ² = .309	R ² change = .196	F = 7.346

*p < .05

จากตารางที่ 13 พบว่าเมื่อนำตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ บุคลิกลักษณะ Neuroticism บุคลิกลักษณะ Psychoticism ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และการเสพติดนิโคติน สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 30.9 ($R^2 = .309$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ บุคลิกลักษณะ Neuroticism ความสัมพันธ์ในครอบครัว และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัญหาด้านการเรียน และการเสพติดนิโคติน

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (N = 176)

ขั้นที่	ตัวพยากรณ์	R	R ²	R ² change	F
1	การเสพติดนิโคติน	.43	.18	.18	40.39*
2	การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน	.47	.23	.05	25.38*
3	การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน Neuroticism	.51	.27	.04	20.30*
4	การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน Neuroticism ระยะเวลาที่สูบบุหรี่	.54	.29	.02	16.60*

*p < .05

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการเสพติดนิโคตินสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .18 แสดงว่าการเสพติดนิโคตินพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 18

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์นำตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์ปัญหาด้านการเรียนเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .23 ($R^2=.23$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การเสพติดนิโคตินและปัญหาด้านการเรียนสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 23 โดยที่สมารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ($R^2 \text{ change} = .05$)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์นำตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์บุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .27 ($R^2=.27$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียนสามารถ และบุคลิกลักษณะ Neuroticism สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 27 โดยที่สมารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ($R^2 \text{ change} = .04$)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์นำตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .29 ($R^2=.29$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียนสามารถ บุคลิกลักษณะ Neuroticism และระยะเวลาที่สูบบุหรี่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 29 โดยที่สมารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ($R^2 \text{ change} = .02$)

ตารางที่ 15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญ b

ตัวพยากรณ์	b	Beta	t
การเสพติดนิโคติน	1.359	.500	7.067*
ปัญหาด้านการเรียน	.837	.202	3.071*
บุคลิกลักษณะ Neuroticism	.834	.195	2.887*
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่	.345	.141	2.003*
Constant (a)	22.086		
R = .543 $R^2 = .295$ $R^2 \text{ change} = .018$ F =16.604			

*p < .05

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงที่สุด คือ การเสพติดนิโคติน (Beta = .500) รองลงมาคือ ปัญหาด้านการเรียน (Beta = .202) บุคลิกลักษณะ Neuroticism (Beta = .195) และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (Beta = .141) ตามลำดับ แสดงว่า การเสพติดนิโคตินมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น รองลงมา คือ ปัญหาด้านการเรียน บุคลิกลักษณะ Neuroticism และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยสามารถสร้างสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

$$Y_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น}} = 22.086 + 1.359_{\text{การเสพติดนิโคติน}} + .837_{\text{ปัญหาการเรียน}} + .834_{\text{Neuroticism}} + .345_{\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน :

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น}} = .500_{\text{การเสพติดนิโคติน}} + .202_{\text{ปัญหาการเรียน}} + .195_{\text{Neuroticism}} + .141_{\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่}}$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคตินที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชโดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำหรือครั้งคราวเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและ/หรือแผนกผู้ป่วยในสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชโดยแยกกลุ่มโรคตาม Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำหรือครั้งคราวเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจาก

สูตรของ Thorndike (1978) ใช้วิธีการสุ่มโรงพยาบาลหรือสถาบันแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ซึ่งได้มา 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา และสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ซึ่งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเลือกผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทุกรายที่เข้าเกณฑ์จนได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าครบตามจำนวนทั้งสิ้น 176 คน และในการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมด 286 คนโดยใช้เวลาระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากรครอบคลุมตัวแปร 5 ตัวแปร มีข้อคำถาม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ โดยผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามบุคลิกภาพ 3 องค์ประกอบของ นภาพร ลัดโนทัย (2551) ซึ่งแปลและพัฒนามาจาก Francis, Brown and Philipchalk (1996) ตามแนวคิดของ Hans Eysenck (1985) เป็นแบบตรวจสอบรายการ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ของเสาวลักษณ์ ดังการ์พินท์ (2546) เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถาม 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ของ Global Youth Tobacco Survey (2008) ฉบับภาษาไทย ผดุงกับแบบบันทึกประวัติผู้ที่ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในเด็กและวัยรุ่น (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Prokhorov and Niaura, 1996) มีข้อคำถาม 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้แบบประเมินมาตรฐานของ Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย คูมาพร

ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองอาการซึมเศร้าประเภทตอบด้วยตนเอง เป็นแบบวัดชนิด 4-point. Likert-type. มีข้อคำถาม 20 ข้อ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำผลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งห้าส่วนได้ค่า คือ .92, .87, .87, .83 และ .90 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้ แบบวัดบุคลิกภาพ Extraversion .85 บุคลิกภาพ Neuroticism .84 และบุคลิกภาพ Psychoticism .73 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว .85 แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน .92 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยวิธีการแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบทั้งหมด 290 ฉบับ ได้คืนทั้งหมดและมีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 286 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.62 โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง 30 มีนาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการคำนวณหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัย

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบ ลักษณะการสูบ ระดับการเสพติดนิโคติน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบ ลักษณะการสูบ ระดับการเสพติดนิโคติน มีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มารับบริการสถาบันและ/หรือ โรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 286 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.98 มีอายุระหว่าง 14-16 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46 ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับ ม.1 – ม.3 คิดเป็นร้อยละ 43.35 มีปัญหาการเรียนด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.99 เคยทดลอง/ใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) คิดเป็นร้อยละ 46.85 บิดามารดามีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.09 ครอบครัวมี รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.97 และส่วนมากมีฐานะทาง เศรษฐกิจของครอบครัวไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 55.59 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.65 ส่วนมากมีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยจำแนกโรคตาม DSM-IV ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder คิดเป็นร้อยละ 22.37 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรค Depressive Disorder and Bipolar Disorder จำนวนมาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.72 มีบุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) มากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 55.59

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนมากมีระยะเวลาที่ สูบบุหรี่ 0-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.60 ลักษณะการสูบบุหรี่เป็นแบบครั้งคราวมากที่สุด คิดเป็นร้อย ละ 79.37 เคยมีประสบการณ์ลดจำนวนบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.00 เคยเลิกสูบบุหรี่มาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.90 ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยกำลังเลิก/เลิกได้แล้วนาน เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.67 และระดับการเสพติดนิโคตินส่วนมากติดในระดับปานกลาง คิด เป็นร้อยละ 51.40

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 286 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 พบว่า มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 70.45 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.00 และพบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงมีเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.55

3. บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่ย) เศรษฐฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ การเสพติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

บุคลิกลักษณะ Neuroticism มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน และบุคลิกลักษณะ Psychoticism มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 คะแนน

ปัญหาด้านการเรียนมีปัญหาเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ด้าน

การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่ย) มีชนิดของสารเสพติดที่ทดลอง/ใช้เฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ชนิด

เศรษฐานะของครอบครัว มีระดับรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 2.40 คะแนน (5,001-10,000 บาท)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ปี

ระดับการเสพติดนิโคติน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 คะแนน

และภาวะซึมเศร้า มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 26.70 คะแนน

4. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ บุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .278$) ปัญหาการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .254$) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.216$) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .369$) และระดับการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .434$)

5. วิเคราะห์การถดถอยพหุเมื่อนำตัวแปรทั้งหมด คือ บุคลิกลักษณะ Neuroticism บุคลิกลักษณะ Psychoticism ปัญหาการเรียน การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่

และการเสพติดนิโคติน มาพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 30.9 ($R^2 = .309$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การเสพติดนิโคติน ($Beta = .500$) ปัญหาด้านการเรียน ($Beta = .202$) บุคลิกลักษณะ Neuroticism ($Beta = .195$) และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ($Beta = .141$)

6. ผลการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการถดถอยพหุแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและบริเวณพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัว คือ การเสพติดนิโคติน ปัญหาการเรียน บุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ซึ่งสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 29.5 ($R^2 = .295$) ตัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสำคัญเป็นอันดับแรก คือ การเสพติดนิโคติน ($Beta = .500$) รองลงมาคือ ปัญหาการเรียน ($Beta = .202$) บุคลิกลักษณะ Neuroticism ($Beta = .195$) และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ($Beta = .141$) ตามลำดับ แสดงว่า การเสพติดนิโคตินมีความสำคัญอันดับแรกในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น รองลงมา คือ ปัญหาการเรียน บุคลิกลักษณะ Neuroticism และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยสามารถสร้างสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

$$Y_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น}} = 22.086 + 1.359_{\text{การเสพติดนิโคติน}} + .837_{\text{ปัญหาการเรียน}} + .834_{\text{Neuroticism}} + .345_{\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน :

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น}} = .500_{\text{การเสพติดนิโคติน}} + .202_{\text{ปัญหาการเรียน}} + .195_{\text{Neuroticism}} + .141_{\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มาใช้บริการในสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มาใช้บริการในสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จากทั้งหมด 286 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 พบว่า มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 26.70$) เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 70.45 อาจเป็นเพราะภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะร่วมในการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยวัยรุ่น (Melvin, 2002) เนื่องจากภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการพยาบาลก็จะถูกละเลยการประเมิน คัดกรอง และให้การดูแลภาวะซึมเศร้าที่สามารถพบได้ในช่วงเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคทางจิตเวช และแพทย์ที่ทำการรักษาหรือพยาบาลเองก็ให้ความสำคัญกับโรคหลักมากกว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าโดยจำแนกโรคตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder และมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.59 ซึ่งอธิบายได้จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2551 ที่พบโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมต่อต้านทำลาย (Disruptive behavior disorder) พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide behavior) โรคที่เกิดจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาท (Psychoactive Substance Use Disorders) และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Depressed in Adolescence) (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะร่วมของโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นอันดับหนึ่ง (Nrugham et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Subramaniam, Harrell, Huntley และ Tracy (2009) ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Beck ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยพบว่าทุกโรคทางจิตเวช รวมถึงการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 33-86 ของกลุ่มโรค anxiety disorders จะมีภาวะซึมเศร้าเกิดร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและอายุของผู้ป่วยวัยรุ่น

นอกจากนี้ยังมีโรค Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Conduct Disorders และ Oppositional Defiant Disorder เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมร้อยละ 57, 45 และ 36 ตามลำดับ และยังมีวัยรุ่นกว่าร้อยละ 90 ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอาการของ depression อยู่ด้วย (Angold and Costello, 1992)

ดังนั้นการพบภาวะซึมเศร้าแฝงในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจึงควรได้รับการดูแลต่อจากจิตแพทย์ในส่วนของ การรักษา และควรจัดให้มีการพยาบาลอย่างเหมาะสมจากพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบ เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน และการใช้สารเสพติด กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2.1.1 บุคลิกลักษณะ ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มาใช้บริการในสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีบุคลิกลักษณะ Neuroticism มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.59 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านบุคลิกลักษณะ Neuroticism มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีบุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) จะเป็นปัจจัยนำสู่พัฒนาการด้านจิตใจที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคทางจิตเวชทั่วไป (Rutter and Taylor, 2000) โดยผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีการประเมินตนเองเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะคลาดเคลื่อน รับรู้บุคลิกลักษณะของตนเองทางด้านลบ จะต้องปรับปรุงบุคลิกลักษณะของตนเองให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งที่อย่างยากลำบากในการแสดงออกหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.1.2 ปัญหาด้านการเรียน ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มาใช้บริการในสถาบันและ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการเรียนในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญและบ่งบอกการมีปัญหสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ดูจากประวัติ

เกี่ยวกับโรงเรียนและการเรียนของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะพบปัญหาเกี่ยวกับการเรียน 5 ประการ ได้แก่ ความไม่ชอบในโรงเรียน มีปัญหาเรื่องผลการเรียน มีปัญหากับครู มีปัญหากับเพื่อน และไม่สามารถร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้อย่างสนุกมีความสุข ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งก็ส่งผลต่อการเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรม ทำให้มีความวิตกกังวล เกิดความเครียด และปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.1.3 การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆที่ไม่ใช่บุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างเคยทดลอง/ใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (ไม่ใช่บุหรี่) คิดเป็นร้อยละ 46.85 และผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่ทดลองหรือใช้สารเสพติดเพียงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้การเสพติดยังมีน้อย โดยสารเสพติดที่ใช้มากจะเป็นสุรา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและปริมาณมากจึงจะมีฤทธิ์การเสพติดสูง ดังนั้นจึงไม่สอดคล้องกับ Kjelsberg (2008) ที่ศึกษาปัจจัยนำและปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย โดยในช่วงเวลาหนึ่งของการรักษามักจะพบอาการซึมเศร้าได้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cornelius (1995) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงพบได้มากที่สุดในพื้นที่ที่เป็นโรคจิตจากสุรา และพบในผู้ป่วยที่ใช้กัญชา ประมาณร้อยละ 15-20 และโคเคนร้อยละ 5-10 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคค่อนข้างแยกลง

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2.2.1 สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าสถานภาพสมรสของบิดา มารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่ บิดามารดามีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 59.09 อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับการดูแลในส่วนของอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เกิดขึ้น และมีการเอาใจใส่จากบิดา มารดา ที่อยู่ด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Hanucharunkul (1989) ที่พบว่า การรับรู้สถานภาพสมรสของบิดา มารดาของวัยรุ่นมีผลต่อความมั่นคงด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต สถานะ

สมรสเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงสถานระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aseltine (1996) ที่พบว่าการหย่าร้างของพ่อแม่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ทาง คือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

2.2.2 เศรษฐฐานะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.97 โดยเป็นรายได้ที่สามารถจัดสรร และใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างเพียงพอ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จึงมีฐานะพอใช้ไม่ยากจน เป็นผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (เครื่องมือ ดนัยสวัสดิ์ และกนกสรณ บุญอริยะ, 2545)

2.2.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$) พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ Lasko (1996) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความใกล้ชิดกับบิดาและมารดาต่ำ Aseltine และคณะ (1998) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าว่วมกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลำเจียก กำธร และคณะ (2550) พบกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายที่มีปัญหาพฤติกรรมเข้าข่ายอาการทางจิต อายุเฉลี่ย 17.12 ปี ร้อยละ 42.8 มีความผูกพันในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 มีความผูกพันในครอบครัวระดับต่ำ และในส่วนนี้พบมีภาวะซึมเศร้าว ร้อยละ 86.4

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2.3.1 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นใช้ในการสูบบุหรี่ยิ่งเป็นเวลานานมากขึ้น ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากสารนิโคตินที่มีฤทธิ์เสพติดเทียบเท่าเฮโรอีน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ทั้งเป็นประจำทุกวัน และเป็นครั้งคราว เฉลี่ย 2.37 ปี ทั้งนี้สอดคล้องกับ Smith และคณะ (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนที่จะมีอาการทางจิตและพฤติกรรมการสูบบุหรี่นี้มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคทางจิตเวช

2.3.2 ลักษณะการสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าลักษณะการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่มีลักษณะของพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นแบบครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 79.37 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Makikyro และคณะ (2004) ที่พบว่า ลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การสูบบุหรี่มาก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย ส่งผลให้การดำเนินของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการซึมเศร้ายุทธรุนแรงขึ้น

2.3.3 ระดับการเสพติดนิโคตินของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.67$) พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากในทางชีววิทยา ระดับนิโคตินที่ส่งผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาทจะมีความเกี่ยวเนื่องกับการเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ รัญชนก จิงา (2546) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เริ่มป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาเป็นการติดยาเสพติดในระดับสูง

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการในสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน บุคลิกลักษณะ Neuroticism (อ่อนไหวทางอารมณ์) และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบ ซึ่งสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 29.5 ($R^2 = .295$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าสมมติฐานการวิจัยได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน โดยความสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของตัวแปรมีดังนี้

3.1 การเสพติดนิโคติน เป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าไปในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .500$) แสดงว่าถ้าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีระดับการเสพติดนิโคตินสูง จะทำให้ภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการเสพติดนิโคติน เป็นพฤติกรรมกรรมการติดสารเสพติดชนิดนิโคติน (nicotine) ที่อยู่ในบุหรี่ ซึ่งเกิดจากปัจจัยการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ หรือร่วมกับฤทธิ์ของนิโคติน และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยผลของนิโคตินทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นรู้สึกอ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย และเกิดมีทัศนคติ ความเชื่อหรือรู้สึกดีต่างๆ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับ รัญชนก จิงา (2546) ที่พบกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มป่วยทางจิตตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการเสพติดนิโคตินในระดับสูง และทำให้พบภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้นตามไปด้วย

3.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ 2 คือ ปัญหาด้านการเรียน สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .202$) แสดงว่าถ้าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการเรียนหลายด้าน จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูง โดยอธิบายได้จากปัญหาการเรียนในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญและบ่งบอกการมีปัญห สุขภาพจิตอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับ ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2540) ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีปัญหาการเรียนอย่างใดอย่างหนึ่งก็ส่งผลต่อการเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรม ทำให้มีความวิตกกังวล เกิดความเครียด และปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ 3 คือ บุคลิกลักษณะ Neuroticism สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .195$) แสดงว่าถ้าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีบุคลิกลักษณะ Neuroticism โดดเด่นมาก ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง อธิบายได้ว่าบุคลิกลักษณะ Neuroticism (หรือบุคลิกภาพอ่อนไหวทางอารมณ์) เป็นบุคลิกที่สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคทางจิตเวชทั่วไปโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า (Rutter and Taylor,

2000) โดยผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีการประเมินตนเองเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะคลาดเคลื่อน รับรู้บุคลิกลักษณะของตนเองทางด้านลบ จะต้องปรับปรุงบุคลิกลักษณะของตนเองให้อยู่ร่วมกับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งที่อย่างยากลำบากในการแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ตัวสุดท้าย คือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .141$) แสดงว่าถ้าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ยิ่งมากขึ้น จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการได้เริ่มสูบบุหรี่หรือระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ต่อเนื่อง โดยเกิดจากความกดดันและแรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อง่าย ความอยากรู้อยากทดลอง (ใจชื้น ตะเกาพงษ์, 2550) และอาจสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมถาวรซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา อธิบายได้ว่า สารในบุหรี่ทำให้การสร้าง 5-hydroxyindole acetic acid (5-HIAA) ซึ่งอยู่ใน cerebrospinal fluid (CSF) ลดลง ส่งผลให้การสร้างและหลังสารสื่อประสาท serotonin และ/หรือ dopamine ในสมอง เป็นผลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Riala et al., 2007) และอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหา เกิดความเครียด ความกังวลใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในช่วงเริ่มต้นมักใช้บุหรี่เป็นเพียงตัวช่วยผ่อนคลายความเครียดเท่านั้น โดยยังไม่หวังผลจากฤทธิ์การเสพติดของนิโคติน และยังพบว่าโดยปกติผู้ป่วยจะมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้นจากที่ปัจจุบันมีการรณรงค์ หรือมีการกดดันจากครอบครัว สังคมและสื่อต่างๆ แต่ก็ยังพบการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะส่งผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยมองตนเองในด้านลบที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จนทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าในที่สุด จึงกล่าวได้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสูบบุหรี่ยิ่งนานก็จะมีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน บุคลิกลักษณะ Neuroticism และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์และอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่รับบริการในสถาบันและ/หรือ

โรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้ ได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์เพียงตัวเดียว สองตัว หรือสามตัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนตัวแปรบุคลิกลักษณะ Psychoticism การใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสของบิดามารดา เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และลักษณะการสูบบุหรี่ ไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่รับบริการในสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาในการวิจัย พบว่าตัวแปรพยากรณ์มีความสัมพันธ์ และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ จึงสามารถนำผลมาเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวชนั้นจะต้องใช้เทคนิค หลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลเป็นอย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และต้องคำนึงถึงการเสพติดนิโคติน ปัญหาด้านการเรียน บุคลิกภาพแบบ Neuroticism และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อีกทั้งควรเน้นไปที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งช่วยในการส่งเสริมการเลิก และให้คำแนะนำที่เหมาะสม

2. จัดให้มีโครงการอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น แก่พยาบาลจิตเวช เพื่อนำความรู้มาใช้ในการดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และเป็นการลดปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

3. ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นทุกรายควรมีการซักประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ภาวะซึมเศร้านอกจากจะมีปัจจัยเกิดจากความคิดทางด้านลบแล้ว ยังควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สังคมแวดล้อม หรือลักษณะการเลี้ยงดู การรับรู้การเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น หรือผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ

2. ควรศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองโดยใช้รูปแบบโปรแกรมการช่วยเหลือกนูหรือโปรแกรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เพื่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

3. ควรศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในกลุ่มโรคต่างๆ ที่พบบ่อย เพื่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจประสบการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อการพัฒนาดูแลระบบการบริการพยาบาลต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองจิต วาธีสาธกกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กัญญาณี ศรีโสภณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรด้านครอบครัวที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของวัยรุ่นชายตอนกลาง ในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2546). *การคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย โรงพยาบาลสวนปรุง*. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ไกรสิทธิ์ นฤขัตพิชัย. (2551). *เผยคนไทยตายด้วยบุหรี่ชั่วโมงละ 6 คน ชี้ชัดสูบบุหรี่ส่งผลต่อสุขภาพจิตขั้นเครียด-ซึมเศร้า* (โรงพยาบาลมหาราชนคร). กรุงเทพฯ.
- เครือมาส ดนัยสวัสดิ์ และกนกวรรณ บุญอริยะ. (2545). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.
- จอมภักดิ์ คลังระหัด, ชนนิการ์ต์ บุญนาค, และ ลลิตา เรืองวิไลเวทย์. (2549). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาหญิง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี.
- จันทร์ชนก โยธินชัชวาล. (2539). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ชูนิพันธ์. (2551). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำนรรจา บำเหน็จพันธ์. (2537). *การศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีรพร สร้อยสุวรรณ. (2539). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ใจชื่น ตะเกาพงษ์. (2550). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ซัซันนท์ สุวินทรากร. (2536). สาเหตุและผลกระทบของการหย่าร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณีของ พนักงานปีโตรเลียมแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขา บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงกมล มงคลศิลป์. (2550). ผลของการใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนามักษะชีวิตต่อพฤติกรรม ป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน ไชยน้อย. (2544). การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการ พยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2536). โรคอารมณ์แปรปรวน.ใน เกษม ต้นติผลาผล ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธัญชนก จิงา. (2546). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงพงา ลิ่มสุวรรณ. (2538). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรง พิมพ์ชวนพิมพ์.
- นพมาศ ธีระเวคิน. (2542). ทฤษฎีบุคคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2524). การศึกษาสภาวะแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นภาพร ลัคโนทัย. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความคลังไคล้คิดป็นดาราในกลุ่มแฟนวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2538). รายงานการวิจัยการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราชมรมย์. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุปผา ศิริวัศมี และคณะ. (2550). ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย: การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศรอบที่ 2 (2549). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สงวนประสิทธิ์ ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย และอรนุช ภาชีน. (2549). ใน การประชุมวิชาการบูรณาการกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 เรื่องความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรืในกลุ่มวัยรุ่นหญิง, (หน้า ก139-ก138). กรุงเทพมหานคร.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ปราโททย์ สุคนิษฐ์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42(1):56-60.
- ปริญันท์ สละสวัสดิ์. (2546). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนม เกตุมาน และวินัดดา ปิยะศิลป์. (2534). การศึกษากลุ่มบำบัดระยะสั้นขนาดเล็กในผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงตอนต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 49 (4): 202-219.
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักงาน. (2551). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย 2 (13): 1-6.
- ภาณุ คุณดมยากร. (2551). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช ที่เล่นการพนันในช่วงฟุตบอลโลก 2006. วารสารสวนปรุง. 4 (11): 58-67.
- ภูมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับความรู้สึกสิ้นหวังในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มณวิภา สารินทร์. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย* 20 (3):340-347.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2538). *การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: Holistic.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2544). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2544 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ยุพยงค์ วงศ์ผืน. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รายงานการวิจัยกรมสุขภาพจิต. (2547). *รายงานการวิจัย การสำรวจสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา ปี 2547*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งศรี ศรีสุวรรณ. (2539). *การศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลมหารมณณ์. *เผยคนไทยตายด้วยควันบุหรี่ชั่วโมงละ 6 คน ชี้ชัดสูบบุหรี่ส่งผลต่อสุขภาพจิตขั้นเครียด-ซึมเศร้า*. [Online].2551. แหล่งที่มา: <http://www.ThaiPR.net> (2552,June 20).
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย มณฑา เก่งการพาณิชย์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคจุ. (2550). *ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- วัฒนา พลอยพราว. (2516). *องค์ประกอบทางบุคลิกภาพของวัยรุ่นชายและหญิงในจังหวัดสิงห์บุรี กับในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. แผนกวิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2534). *ภาวะเรงด่วนในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: ชนวนพิมพ์.

- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2002). แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 10: 30-44.
- ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. (2549). *คุณภาพทางสังคม: วิเคราะห์จากพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย*. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ปี 2549 กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ศูนย์สุขภาพจิตเขต 3 ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2545). *การวิจัยประเมินผลโครงการป้องกันช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2545*. ระยอง: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 3 ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- สมชาย จักรพันธ์. *สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2547-2548*. (2549). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง สถาบันสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2547). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สาธารณสุข,กระทรวง (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ). (2550). *การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในปี 2550 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค*. [Online].2550. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.or.th> (2552,พฤศจิกายน 18)
- สำเนา มากแบน. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและการปฏิบัติของครอบครัวกับลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุขภาพ, จิตกรม. (2551). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2551*. นนทบุรี: วงศ์กมล.
- สุขภาพ, จิตกรม. (2550). *รายงานผลการสำรวจระดับวิทยาโรคจิตเวชของประเทศไทย ปี 2550*. (การศึกษาระดับชาติ). กระทรวงสาธารณสุขการพิมพ์.
- สุขภาพ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และระณชัย คงสกนธ์. (2552). *พิษภัยและการรักษาการติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ.
- สุภัทรา ปลาสิทธิ์. (2551). *การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคมของวัยรุ่นชายที่กระทำผิดครั้งแรก วัยรุ่นชายที่กระทำผิดซ้ำ และวัยรุ่นชายทั่วไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ จันทร์โมลี. (2526). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักสูบบุหรี่. *วารสารสุขศึกษา*2(5): 37-47.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดสวาท จันทรเกษม, ถนอมนาฏ เพชรโชติ, และ กนกพร สุจิตพงศ์. (2539). *อาการแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วยทางจิตเวชในขณะที่ได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา*. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ ดังการ์พินธ์. (2546). *ความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น*. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. (2550). *เด็กไทยนำห่วงป่วยโรคจิตพุ่งแค่ปีเดียว 9 พัน*. [ออนไลน์]. แหล่งที่: http://www.tncathai.org/autopage/show_page.php?t=1ands_id=140andd_id=138 (2552, พฤษภาคม 26).
- หรรษา เศรษฐบุปผา และชาลินี สุวรรณยศ ลำเจียก กำธร. (2550). *ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน*. *พยาบาลสาร*.34(1) , 88-100.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร; พิมพ์ครั้งที่ 2: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). *การนำแนวคิดการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช*. ขอนแก่น: รายงานการศึกษาระดับปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- อุดม ดุจศรีวัชระ. (2539). *ยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 4(12): 162-173.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- AACAP. (1998). *American of Child and Adolescent Psychiatry*. Teen suicide-AACAP facts for family: American Psychiatric Press.
- Angold A. and Costello E.J. (1992). Comorbidity in child and Adolescent with depression. *Child Adolescent Psychiatry Clinic North Am* 23(September 2009): 31-52.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical mental disorders. 4th ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practical guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second Edition*. Arlington: In American Psychiatric Disorders: Compendium 2006.
- Aseltine, R. H. (1996). *Out Come Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program*. New York: Harper Row.
- Aseltine, R. H., Schilling, E. A., James, A., Murray, M., and Jacobs, D. G. (1998). *An evaluation of National alcohol screening day*. USA: Screening for Mental Health.
- Berkman, L.F., and Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 3(August 2009): 121-132.

- Beck, T.A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, T.A., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Berkman L.F, and Syme S.L., (1979). *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol.
- Buckwalter, C.K. and Abraham, L.I. (1994). Geropsychiatric nursing: Aclinical knowledge in community and institution settings. *Journal of Psychosocial Nursing and mental Health Services* 32 (4): 20-26.
- Burcusa, S., and Iacono, W. (2007). *Risk for recurrence in depression* (Vol. 27). Clinical Psychology Review.
- Cornelius, J.R, Salloum, I.M., Mezzich, J., Cornelius, M.D, Fabrega, H., and Ehler, J.G., (1995). *Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism*. Am J Psychiatry.
- Chaput, F., Moreau, D. and Mufson, L. (1998). Depression. *Comprehensive adolescent health care* , 925-931.
- Corruble, E., Falissard, B., and Gorwood, P. (2006). *depressive, Life events exposure before a treated major depressive episode depends on the number of past episodes*. European Psychiatry.
- Dillman D.A. (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Desing Method*. Newyork: John Wiley and Sons.
- Ellen Kjelsberg. (2008). The association between substance use co-morbidity in adolescent and adult criminal behavior. *Personality and Mental Health* 4(23): 77-86.
- Garber, J., and Little, A. S. (2001). *Emotion Atonomy and Adolescent Adjusmentment* (Vol. 16). Saye Publications.
- Gersten R., Baker S. and Loyd J.W. (2000). Designing high-quality research in special education: Group experimental design. *Journal of Special Education* 349(1): 2-18.

- Greden, J. (2001). *Treatment of Recurrent Depression*. U.S.A.: American Psychiatric Publishing.
- Greden, J. (2001). *The Burden of recurrent Depression: Cause, Consequences, and Future Prospects*. *Journal Clinical Psychiatry*, 5-9
- Hanucharurnkul, S. (1989). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Wayne State University: Dissertation for degree of doctor of philosophy.
- Harrison G Gough. (1969). *California Psychological Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Hausmann, A., and Fleischhacker, W. (2002). Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scand* , 83-96.
- Hilgard, E. R. (1983). *Introduction to psychology* (8rd ed.). New York: Harcourt.
- Johnson, R. c., and Medinnus, G. R. (1976). *Child and Adolescent psychology* (2ed ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Kaplan, H., and Sadock, B. (1997). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences* (Vol. 8th ed). New York: Clinical psychiatry.
- Katherine M. Fortinash, and Patricia A. Holoday. (2003). *Psychiatric Nursing Care Plans*. Canada: Elsevier.
- Karno, M., and Norquist, G. (1995). *Schizophrenia*. Kaplan H.I and Sadock B.J, edition:Comprehensive textbook of psychiatry.
- Keizer, e. a. (2009). *Smoking in Psychiatric inpatients: Association with working status, diagnosis, comorbid substancer abuse and history of suicide attempts*.
- Kumar, G., Robert, A. S., and Deblinge, E. (1996). *Problems in differentiating sexually from*. Cherry Hill: UMDNJ-School of Osteopathic Medicine, Department.
- Lasko, S. D. (1996). Adolescent depressed mood and parental unhappiness. *Adolescence* Vol. 31 No 121: (49-57).

- Makikyro, T. H., Hakko, H. H., Timonen, M. J., Lappalainen, J. A., Ilomaki, R. S., Laksy, K., et al. (2004). *Smoking and Suicidality Among Adolescent Psychiatric Patients*. Helsinki: Department of Psychiatry, Oulu University Hospital.
- McDougall, G., Blixen, C., and Suen, L. (1997). The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adults. *Nursing Research* 46 (5): 277-283.
- Melvin Lewis. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry :A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. New York: Wolters Kluwer Company.
- Michael Rutter and Eric Taylor. (2000). *Child and Adolescent Psychiatry*. London. 4th: Blackwell Science.
- Miller, M., Hemenway D. and Rimm E. (2000). Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health* 6(12): 768-773.
- Mueller, T., Lavori, P., Keller, M., Swarshaw, M., and Hasin, D. (1994). *Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression*. *Am J Psychiatry*.
- Murray, J. L., and Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.
- Nana, A., Fagerstrom, K., and Sittipunt, C. (2008). New Advances in the Treatment of Nicotine Dependence. *Pfizer (Thailand)* 4(8): 1-8.
- Neese, A. W. (1991). *Evolution of the Human Diet: The Known, The Unknown, and The Unknowable*. New York: Oxford University Press.
- Nierenberg, A. A., Katz, J and Fava, M. (2007). A critical overview of the pharmacologic management of treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America* 12(24): 1122-1128.

- Nrugham, L., Larsson, B., and Sund, A. M. (2008). *Predictors of suicidal acts across adolescence: Influences of familial, peer and individual factors*. Norway: Trondheim.
- O'brien, P.G., Kennedy, W.Z., and Ballard, K.A. (2007). *Psychiatric Mental Health Nursing: An Introduction To Theory And Practice*. New York: Appleton Century Crofts.
- Overall, J., and Gorham, D. (1962). *The brief psychiatric rating scale*. Psychological.
- Pantown. (2009). *Pantip bloggang*. Retrieved October 27, 2009[Online]. Available from: http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Physical/Personality_23.php (2008, April 10).
- Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice* (Vol. 2nd ed). New York: Appleton Century Crofts.
- Philip, G.Z and Floyd, L.R. (1980). *Essentials of psychology and life*. Scott, Foresman: Stanford University.
- Polit, D., and Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Prokhorv, A., Pallonen, U., Fava, J., Ding, L., and Niaura, R. (1996). *Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smoking* (Vol. 21). Addictive Behaviors.
- Riala, K., Viilo, R., Hakko, H., and Rasanen, P. (2007). *Heavy daily smoking among under 18-year-old psychiatric inpatients is associated with increased risk for suicide attempts*. Finland: Oulu University Hospital.
- Sheeber, B. L. and Nicholas B A. (2008). *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*. New York: University of Melbourne, Australia. .
- Smith, M., and Shimp, L. (2000). *20 Common Problems in Women's Health Care*. Singapore: McGraw-Hil.

- Smith, G. N., Wong, H., MacEwan, G. W., Kopala, L. C., Ehmann, T. S., Thornton, A. E., et al. (2009). Predictors of starting to smoke cigarettes in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research* , 258-264.
- Subramaniam, G., Harrell, P., Huntley, E., and Tracy, M. (2009). Beck Depression Inventory for depression screening in substance-abusing adolescences. Baltimore USA: *Journal of Substance Abuse Treatment* 4(9):142-154.
- Suzanne, C .K. (1979). Personality of Adolescent. *American Journal of Community Psychology* Vol. 7, No 4: 56-78.
- Varcatoris, M. E., (1998). *Foundations of psychiatric mental health nursing (3rd ed): The nurse-client relationship and the nursing process*. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Taru H Makikyro, Helina H Hakko, Markku J Timonen, Jaakko A.S Lappalainen, Risto S Ilomaki, Kristian Laksy. et al. (2004). *Smoking and Suicidality Among Adolescent Psychiatric Patients*. Finland: Oulu University Hospital.
- Thorndike, M.R. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gerdner press.
- Whitbeck, L. B., Yu, M., McChargue, D. E., and Crawford, D. M. (2009). Depressive symtoms, gender, and growth in cigarette smoking among indigenous adolescents. *Addictive Behaviors* 34(6): 421-426.
- White, C., Moss, S., Cardno, A., and Lewis, G.(2008). *Antidepressants for people with both achizophrenia and depression*. Retrieved October 27, 2009, Available from The Cochrance Library, Issue 1:
www.update-software.com/cliblogon.htm (2004, May 15).
- Wiesbeck, G., Kuhl, H.-C., Yaldizli, O., and Wurst, F. (2008). *Tobacco Smoking and Depression-Resulis from the WHO/ISBRA Study*. Basel: Wiesbeck University Psychiatric Clinics Basel.
- Zimbardo, P. G., and Ruch, F. L. (1980). *Essentials of psychology and* Scott,Foresman: Stanford University.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผศ. ดร. พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการแพทย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวสุนิศา สุขตระกุล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ระหว่างรับทุนพัฒนาอาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันธัญญารักษ์
5. แพทย์หญิงรินสุข องอาจสกุลมั่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ
หนังสือของทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรินทร์ นินทจันทร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการแพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปราณี ภาณุภาส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางปราณี ภาณุภาส

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง รินสุข องอาจสกุลมัน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง รินสุข องอาจสกุลมัน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นางสาวสุนิศา สุขตระกูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะ
ซีมีเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.
จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ
ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก
ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่อนิสิต

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง โทร. 08-6282-4350

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 120 คน ณ หอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพศชายและหญิงที่มีอายุ 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดบุคลิกภาพ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินอาการทางจิต ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 60 คน ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และหอผู้ป่วยใน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพศชายและหญิงที่มีอายุ 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดบุคลิกภาพ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินอาการทางจิต ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตร่วมรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพศชายและหญิงที่มีอายุ 11-20 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 60 คน ณ หอผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดบุคลิกภาพ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินอาการทางจิต ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ ศีรางค์ ทับสายทอง

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดบุคลิกภาพ 3 องค์ประกอบ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความคลั่งไคล้ศิลปินดารานในกลุ่มแฟนวัยรุ่นหญิง ของนภาพร ลัคไนท์ย สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2551) โดยมี รองศาสตราจารย์ ศีรางค์ ทับสายทอง เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง โทร. 08-6282-4350

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น ของนางสาวเสาวลักษณ์ ดังการ์พันธ์ สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา (2546) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. นพนธ์ สัมมนา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ชื่อ นิสิต

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง โทร. 08-6282-4350

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวภาวดี ชุ่มจิตต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวภาวดี ชุ่มจิตต์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	62 หมู่ 3 ตำบลสินเจริญ อำเภอยะแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84210
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี 56/6 หมู่ 2 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077-287816
โทรศัพท์เคลื่อนที่	086-282-4350
E-mail :	tuh_narak@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ปัญหาด้านการเรียน การใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยทางจิตเวช ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การเริ่มต้นสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ ความพยายามในการเลิกสูบ และระดับการเสพติดนิโคติน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

1.3 เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2. วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นหาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่

3. เหตุผลที่เชิญชวนให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัย

เนื่องจากผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับการประเมินปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกราย ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละสถาบันและโรงพยาบาล

4. ระยะเวลาที่ต้องการเก็บข้อมูลในผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประมาณ 25 นาทีต่อหนึ่งท่าน โดยจะดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2553

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย และต่อผู้อื่น

นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เพื่อการพัฒนาออกแบบแผนการบำบัดทางการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการดำเนินการเฝ้าระวัง ดูแลภาวะซึมเศร้า ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง และจัดกระทำเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยอาจเสียเวลาเพิ่มขึ้นประมาณ 25 นาที ในการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยแก้ไขโดยการทำการเก็บข้อมูลขณะนั่งรอพบแพทย์ หรือขณะรอรับยา และจะอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับเพื่อความเต็มใจในการร่วมมือทำการวิจัย

7. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1 ชุด จำนวนทั้งหมด 75 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

9. ผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

10. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบโควต้า ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในแต่ละสถาบันหรือโรงพยาบาลจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าครบตามจำนวนทั้งสิ้น 176 คน มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
11. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
12. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

แบบแสดงความยินยอมต่อการเข้าร่วมโครงการ
(Informed Consent Form)

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยผู้วิจัยชื่อ นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง ที่อยู่ 62 หมู่ 3 ตำบลสินเจริญ อำเภอยะแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84210 หมายเลขโทรศัพท์ 086-2824350

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอันดีแล้ว**

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้การบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยให้คำรับรองว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และ**ข้อมูลใดๆ**ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา จะรีบแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย

พยาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**แบบสอบถาม****ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่****คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม**

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ จำนวน 18 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 20 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบคำถามจนครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความรู้สึก โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไปแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคลแต่อย่างใด
5. แบบสอบถามทั้งหมดนี้ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 25 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน []

และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ [] 1.ชาย [] 2.หญิง
2. อายุ ปี
3. ขณะนี้ท่านกำลังศึกษาอยู่ในระดับ/หรือจบการศึกษาระดับสูงสุด

[] 1.ไม่ได้เรียน	[] 2. ป. 1 – ป. 6
[] 3. ม. 1 – ม. 3	[] 4. ม. 4 – ม. 6
[] 5.ปวช./ปวส.	[] 6.ปริญญาตรี
4. ขณะที่ท่านศึกษาอยู่เคยมีปัญหาด้านต่างๆ เหล่านี้หรือไม่

4.1 ผลการเรียนตก	[] มี	[] ไม่มี
4.2 ขาดเรียนบ่อย	[] มี	[] ไม่มี
4.3 ขัดแย้งกับเพื่อน	[] มี	[] ไม่มี
4.4 ขัดแย้งกับครู	[] มี	[] ไม่มี
4.5 การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน	[] มี	[] ไม่มี
5. ท่านเคยทดลองหรือใช้สารเสพติดหรือไม่

[] 0 ไม่ใช่	[] ใช้ (โปรดระบุชนิด)
	[] 1. สุรา [] 2. เฮโรอีน
	[] 3. กัญชา [] 4. โคเคน
	[] 5. ยาบ้า [] 6. ยาเลิฟ/ ยาอี
	[] 7. สารระเหย เช่น กาว, ทินเนอร์
	[] 8. กระท่อม
6. สถานภาพสมรสของบิดามารดาที่แท้จริงของท่าน

[] 1.สมรส/อยู่ด้วยกัน	[] 2.หย่า/แยกกันอยู่
[] 3.พ่อหรือแม่เสียชีวิต	[] 4.เสียชีวิตทั้งคู่
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

1. [] ต่ำกว่า 5,000 บาท	2. [] 5,001-10,000 บาท
3. [] 10,001-20,000 บาท	4. [] 20,001-30,000 บาท
5. [] 30,001 บาทขึ้นไป	
- 8.ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

[] 1. พอใช้	[] 2. ไม่พอใช้
--------------	-----------------

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 24 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดบุคลิกภาพ 3 องค์ประกอบ โดยนับตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงปัจจุบัน โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับบุคลิกลักษณะ/นิสัยของท่านเพียงช่องเดียว

ใช่ หมายถึง ตรงกับบุคลิกลักษณะ/นิสัยของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ไม่ตรงกับบุคลิกลักษณะ/นิสัยของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. อารมณ์ของท่านมักเปลี่ยนแปลงง่ายอยู่เสมอ		
2. ท่านเป็นคนช่างพูด		
3. ท่านรู้สึกวิตกกังวลว่าสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดีจะเกิดขึ้น		
4. ท่านเป็นคนว่าเรื่องแจ่มใส		
5. ถึงแม้จะรู้ว่ายาที่รับประทานอาจเป็นอันตราย ท่านก็ยังคงรับประทานอยู่		
6. ท่านมักทำตามใจตนเองทั้งๆ ที่รู้ว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นไปตามกฎระเบียบ		
7. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
8. ท่านพูดได้เต็มปากว่าตนเองเป็นคนขี้วิตกกังวล		
9. ท่านคิดว่าการแต่งงานเป็นเรื่องล้าสมัย และไม่มีควมจำเป็นต้องทำ		
10. ท่านเป็นคนอารมณ์ดีเสมอแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเบื่อ		
11. ท่านรู้สึกวิตกกังวลได้ง่าย เมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้น		
12. ท่านชอบที่จะเป็นดาวเด่นเมื่ออยู่ในงานสังคม		
13. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าทำงานผิดพลาด		
14. ท่านรู้สึกทุกข์ใจกับความ "วิตกกังวล" ของตัวเอง		
15. ท่านมักจะเจียบเมื่ออยู่กับผู้อื่น		
16. ท่านมักรู้สึกเหงาบ่อยๆ		
17. ท่านมักจะทำตามกฎของสังคมเสมอ ทั้งๆ ที่ขัดกับความคิดเห็นของตนเอง		
18. คนทั่วไปคิดว่าท่านเป็นคนมีชีวิตชีวา		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า ลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างบิดา-มารดา บิดา-วัยรุ่น มารดา-วัยรุ่น บิดา-มารดา-วัยรุ่น โดยนับตั้งแต่ก่อนท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทั้ง 10 ข้อโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อย/ทุกโอกาส	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครอบครัวมีการชื่นชมและให้กำลังใจกันและกันแม้ในสิ่งเล็กๆ น้อยๆ					
2. สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน					
3. สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การซื้อของ การท่องเที่ยว					
4. สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน					
5. สมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ					
6. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน					
7. สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8. ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวเพียงพอ					
9. ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ					
10. ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 12 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามกิจกรรมหรือพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เกี่ยวกับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ การพยายามเลิกสูบบุหรี่ และ ระดับการเสพติดนิโคติน โดยนับตั้งแต่ก่อนท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจนกระทั่งถึง ปัจจุบันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบโดยทำ เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ที่ตรงกับพฤติกรรมที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว

1. ท่านทดลองหรือเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกเมื่ออายุ ปี
2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่

<input type="checkbox"/> 1. สูบเป็นประจำทุกวัน	<input type="checkbox"/> 2. สูบเป็นครั้งคราว
--	--
3. ท่านเคยลดจำนวนบุหรี่ที่สูบหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	เพราะเหตุใด
<input type="checkbox"/> 2. เคย	เพราะเหตุใดจำนวน.....ครั้ง
4. ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	เพราะเหตุใด ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 2. เคย	จำนวน.....ครั้ง ระบุ โดยใช้วิธี.....
5. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของท่านขณะนี้

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยคิดจะเลิก	<input type="checkbox"/> 2. คิดและตั้งใจจะเลิกใน 6 เดือนข้างหน้า
<input type="checkbox"/> 3. คิดและตั้งใจจะเลิกใน 1 เดือนข้างหน้า	<input type="checkbox"/> 4. กำลังเลิก/เลิกได้แล้วนานเกิน 6 เดือน
6. ท่านสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ

1. <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 มวน	2. <input type="checkbox"/> 1-10 มวน
3. <input type="checkbox"/> 10-20 มวน	4. <input type="checkbox"/> มากกว่า 20 มวน
7. ขณะสูบบุหรี่ที่ท่านสูดควันเข้าปอดหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. นานๆ ครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้งที่สูบ
8. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อใด

<input type="checkbox"/> 1. ภายใน 30 นาที	<input type="checkbox"/> 2. มากกว่า 30 นาที
<input type="checkbox"/> 3. ช่วงบ่าย	<input type="checkbox"/> 4. ช่วงเย็น

9. นุหรี่มวนไหนที่ท่านไม่อยากเลิกมากที่สุด
- 1.มวนแรกตอนเช้า 2.มวนอื่นๆ ก่อนบ่าย
- 3.มวนอื่นหลังบ่ายโมง 4.มวนอื่นช่วงเย็น
10. ท่านรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดนุหรี เช่น วัด โรงภาพยนตร์ ห้องสมุด
- 1.ไม่ลำบากใจเลย 2.ไม่ค่อยลำบากใจ
- 3.ค่อนข้างลำบากใจ 4.ลำบากใจมาก
11. ท่านยังจะต้องสูบนุหรี แม้จะเจ็บปวดยนอนพักนบเตียงเป็นส่วนใหญ่
- 1.ไม่เคย 2.บางครั้ง
- 3.บ่อยครั้ง 4.เป็นประจำ
12. ท่านสูบนุหรีจัดภายใน 2 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน
- 1.ใช่ 2.ไม่ใช่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 20 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเหตุการณ์ อาการ ซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดพิจารณาเหตุการณ์/หรืออาการในแต่ข้อและเลือก คำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์/หรืออาการจริงของท่านเพียงช่องเดียว

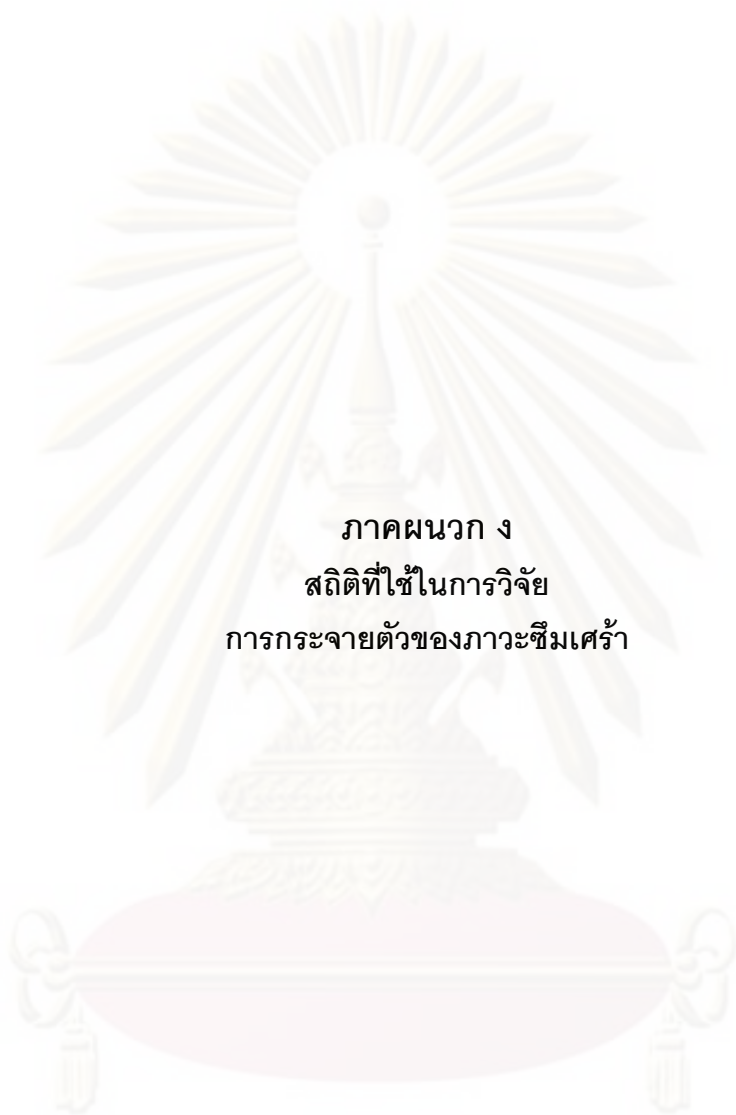
ตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความ 5-7 วันต่อสัปดาห์

บ่อยๆ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความ 3-4 วันต่อสัปดาห์

นานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความ < 1 วัน

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย (<1 วัน)	นานๆครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถขจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุกๆ สิ่งๆ ที่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				



ภาคผนวก ง
สถิติที่ใช้ในการวิจัย
การกระจายตัวของภาวะซึมเศร้า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542:46)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_1^2}{S_x^2} \right\}$$

เมื่อ α	คือ	สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
k	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมด
$\sum S_1^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
S_x^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P	คือ	ค่าร้อยละ
f	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541:35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
$\sum X$	คือ	ผลรวมของทั้งหมดของข้อมูล
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

4. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541:65)

$$SD = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	SD	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	n	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541:314)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(N \sum x^2 - (\sum x)^2) (N \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

เมื่อ	r_{xy}	คือ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	$\sum x$	คือ	ผลรวมของคะแนนชุด X (ตัวแปรอิสระ)
	$\sum y$	คือ	ผลรวมของคะแนนชุด Y (ตัวแปรตาม)
	$\sum xy$	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	$\sum x^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum y^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

6. สร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ ด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน มีสูตรดังนี้ (บุญธรรม กิปรีดาภิสุทธิ, 2540:129)

สมการรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$$

เมื่อ \hat{Y} คือ คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์

a คือ ค่าคงที่

b_1, b_2, \dots, b_k คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

X_1, X_2, \dots, X_k คือ คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = \beta_1Z_1 + \beta_2Z_2 + \dots + \beta_kZ_k$$

เมื่อ \hat{Z} คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z_1, Z_2, \dots, Z_k คือ คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

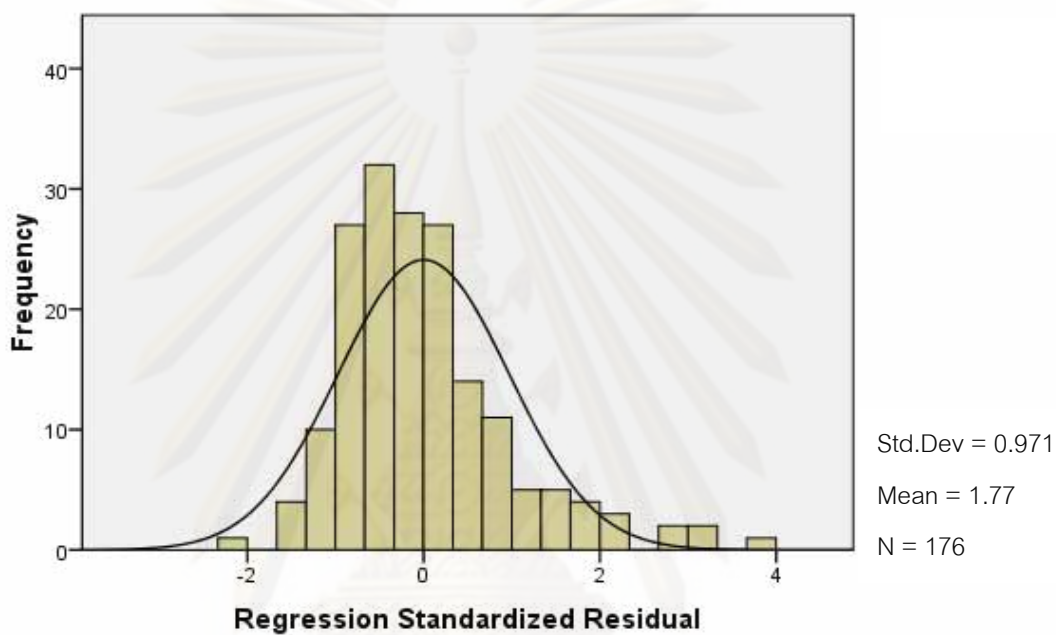
7. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R) มีสูตรดังนี้ (บุญธรรม กิปรีดาภิสุทธิ, 2540:129)

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_i}}$$

เมื่อ R^2 คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

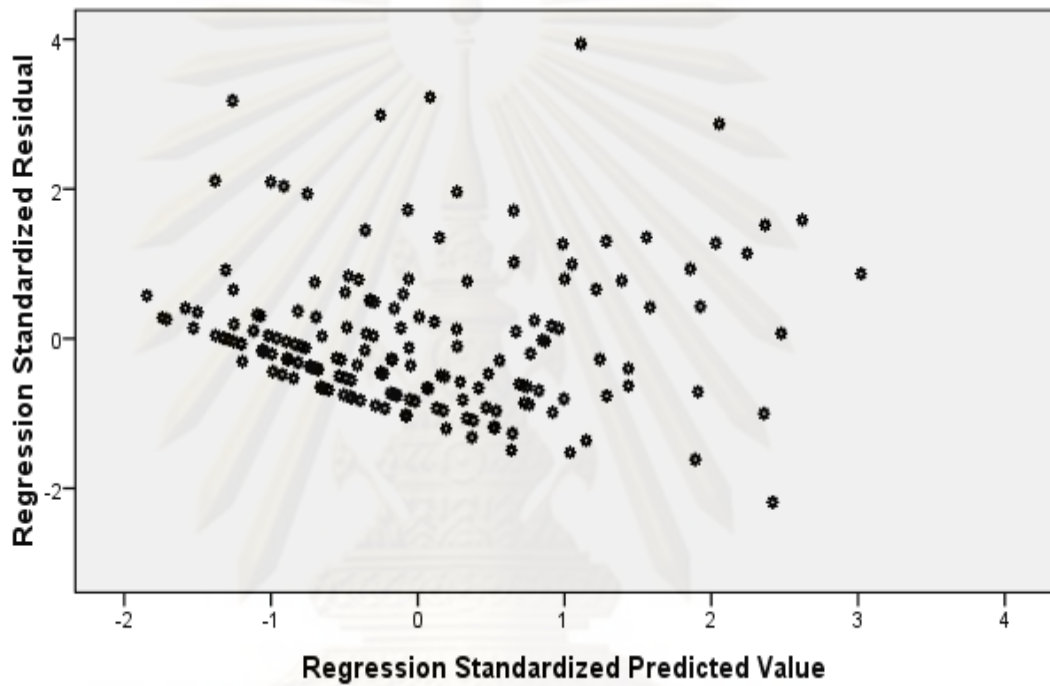
SS_{reg} คือ ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์

SS_i คือ ความแปรปรวนทั้งหมด



ภาพที่ 1 ภาพ Histogram ของตัวแปรภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 2 ภาพการกระจายตัวตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดกับภาวะซีมีเศร้ำของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาริษธรรมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

61 ถ. สุขุมวิท 61 Sukhumvit Rd.
 อ. เมือง Muang
 จ. สมุทรปราการ Samutprakarn
 10270 10270



Tel. 02 – 3843381 – 3 ต่อ 1309
 Fax. 02 - 3941845

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 เอกสารรับรองโครงการ

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย
003 / 53.....
 (ที่เข้าการประชุม)

ชื่อโครงการ ภาษาไทย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ปัจจัยครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะ
 ซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาววิมลญา แก้วสกุลทอง / สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....
 (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

สถานที่ทำวิจัย..... โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....

เอกสารที่รับรอง

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม

วันหมดอายุ : 1 มีนาคม 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of
 Helsinki , The Belmont , CIOMS Guidelines และ The International Conferences on Harmonization in good
 Clinical Practice (ICH – GCP)

ลงนาม.....นาง.....นาง.....

(นางรินสุข งามงามสกุลมั่น)

(.....1 มีนาคม 2553.....)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่

ลงนาม.....นาย.....

(นายแพทย์คู่สัตต ลิขนะพิชิตกุล)

(.....1 มีนาคม 2553.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่



บันทึกข้อความ

150

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา (ฝ่ายวิจัย) โทร ๒๑๓๑, ๒๑๕๗

ที่ สธ ๐๔๐๗.๒๑/๓๖

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๓

เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณาขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง

ตามหนังสือที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๐๑๙๒ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ จาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โรงพยาบาลศรีธัญญา ณ หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอกเพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น" นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา ขอแจ้งว่าการศึกษาวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น" ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ โดยคณะกรรมการฯ มีมติดังนี้

อนุญาต โดยมีข้อเสนอแนะ/เงื่อนไขดังนี้

๑. ให้แก้ไขเอกสารขอคำยินยอมจากผู้ป่วย และนำมาให้คณะกรรมการฯ พิจารณาก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
๒. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลา ๖ เดือน (๓ มีนาคม ๒๕๕๓ - ๒ กันยายน ๒๕๕๓)
๓. ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือจำนวน ๖๐ คน โดยไม่เข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
๔. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แสดงต่อหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ
๕. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
๖. คณะกรรมการด้านวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงนาม..... *[Signature]*

แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ มีนาคม ๒๕๕๓

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและจิตเวชอก

เพื่อโปรด

- [Signature]*
- ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ดำเนินการ
- อื่นๆ

[Signature]
๒๕๕๓

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง เกิดวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2526 ที่จังหวัด สุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี วันที่ 15 มีนาคม เมื่อปีการศึกษา 2548 หลังจากจบการศึกษาได้ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จนถึงปี พ.ศ. 2551 และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างศึกษาอยู่ได้รับทุนผู้ช่วยสอน เพื่อช่วยสอนนิสิตในระดับปริญญาตรีของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในรายวิชาที่คณะพยาบาลศาสตร์รับผิดชอบ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอน) ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และบริการให้คำปรึกษาชั่วคราว ณ ศูนย์บริการฉุกเฉินทางโทรศัพท์แห่งชาติ (NATIONAL QUITLINE 1600)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย